

Luxación Posterior Inveterada de Hombro, Reporte de un Caso

Dr. Pablo Ruben Rupenian, Dr. Sergio Mazzolini

RESUMEN

La luxación posterior crónica del hombro es una patología inusual que en muchas oportunidades resulta de la omisión en el diagnóstico oportuno por parte del médico. Tanto el pronóstico como el tratamiento dependerán, en gran medida, del tamaño de la fractura anteromedial impactada de la cabeza humeral, lesión asociada conocida como Hill – Sachs invertido.

El presente reporte de caso trata de un paciente de 54 años de edad con luxación posterior inveterada de hombro con un compromiso del 30% de la superficie articular de la cabeza humeral, y su tratamiento quirúrgico mediante reducción articular más relleno del defecto cefálico por transferencia del troquín fijada con tornillo y reforzada con arpones al tendón del subescapular. El paciente recuperó una función satisfactoria del hombro, sin nuevos episodios de luxación posterior.

Palabras claves: Hombro; Posterior; Mclaughlin; Hawkins

ABSTRACT

Chronic locked posterior shoulder dislocation is an unusual condition that many times is the result of the lack of a timely physician diagnosis. Both prognosis and treatment will depend to a large extent on the size of the anteromedial impacted fracture of the humeral head, a related injury known as Reverse Hill-Sachs lesion. The case report involves a 54-year-old patient with inveterate posterior shoulder dislocation and 30% involvement of the articular surface of the humeral head, surgically treated with joint reduction and filling of the cephalic defect by transfer of the lesser tubercle of the humerus fixed with a screw and reinforced with anchors to the subscapularis tendon. The patient recovered adequate shoulder function with no new posterior dislocation events.

Keywords: Shoulder; Posterior; Mclaughlin; Hawkins

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de la luxación posterior del hombro requiere de un alto índice de sospecha por parte del ortopedista. Eventos asociados tales como convulsiones o choque eléctrico alertan al médico sobre una posible luxación posterior del hombro. Sin embargo, antecedentes traumáticos poco claros como ocurre tras lipotimia, síncope o accidentes diversos, pueden favorecer la omisión diagnóstica de la mencionada patología.

La luxación posterior inveterada del hombro difiere en varios aspectos respecto de la luxación aguda. La persistencia en el tiempo de la dislocación más el encastre de la cabeza humeral sobre el margen posterior de la glena, conducen a una creciente deformidad cefálica como así también a un progresivo deterioro y desvitalización, tanto del cartílago articular como del hueso subcondral humeral.

El objetivo del presente reporte es mostrar un caso de luxación posterior inveterada del hombro, con un mecanismo de presentación inusual, y su tratamiento por medio de reducción articular más relleno del defecto cefálico por transferencia del troquín, fijada con tornillo y reforzada con arpones al tendón del subescapular.

REPORTE DE CASO

Presentamos el caso de un paciente de 54 años de edad

Dr. Pablo Rupenian

dr@pablорupenian.com.ar

con diagnóstico de luxación inveterada posterior de hombro izquierdo, de un mes de evolución.

La luxación ocurrió imprevisiblemente mientras el paciente dormía, momento en el cual un súbito e intenso dolor lo despertó. El diagnóstico pasó desapercibido en 2 consultas de guardia, hasta que le fue realizada una radiografía con vista axilar. Como único antecedente mencionó un accidente automovilístico con impacto frontal 5 años antes, siendo el conductor del vehículo, luego del cual padeció de intensa omalgia bilateral transitoria sin limitación funcional ulterior; inferimos que el mencionado accidente le provocó al paciente una lesión capsulolabral posterior con la consiguiente inestabilidad glenohumeral.

Los estudios por imágenes demostraron una luxación glenohumeral posterior trabada, con fractura del troquín (Fig. 1 A-C).

Para su tratamiento definitivo se decidió realizar una transferencia del troquín estabilizándolo con un tornillo y realizando un refuerzo con anclajes óseos al tendón del subescapular.

Técnica quirúrgica

Con el paciente bajo anestesia regional en decúbito silla de playa, se realizó un abordaje deltopectoral. Se reconoció una fractura cizallada del troquín con desprendimiento del mismo respecto de la cabeza humeral, motivo por el cual no se requirió de su osteotomía para la futura transferencia (Fig. 2 A). Se procedió a la reducción en forma directa de la articulación glenohumeral, luego de lo cual se realizó

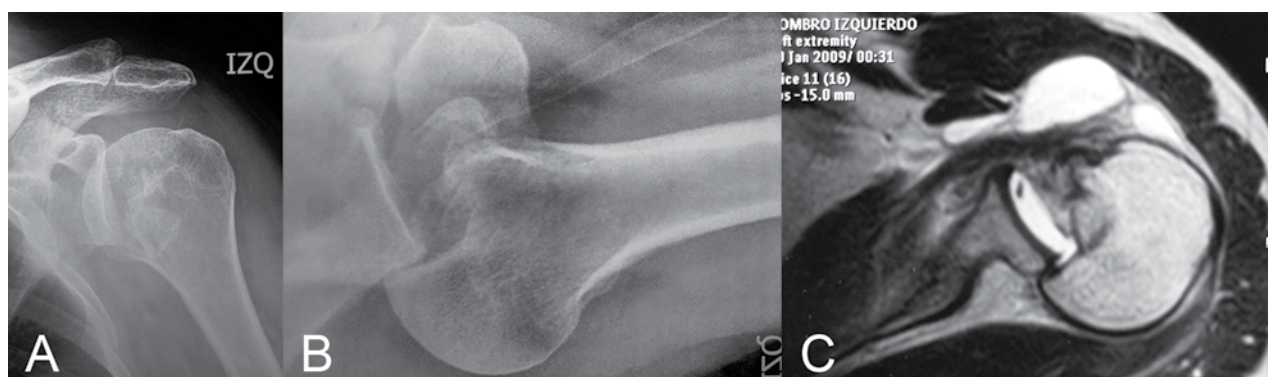


Figura 1: A. Radiografía de hombro izquierdo frente. B. Radiografía de hombro izquierdo en vista axilar donde se evidencia la luxación posterior encajada, asociada a una fractura desplazada del troquíin. C. Imagen axial de resonancia magnética. El compromiso humeral alcanza el 30% de la superficie cefálica.



Figura 2A: Imagen intraoperatoria. La pinza (izquierda) toma el fragmento de troquíin desprendido del resto de la cabeza.



Figura 2B: Imagen intraoperatoria. Una vez reducida la articulación se pudo observar y cuantificar la superficie cefálica comprometida.

una evaluación del defecto cefálico (Fig. 2 B). Se estimó que el defecto articular de la cabeza humeral era aproximadamente del 30% de la misma, coincidente con las mediciones realizadas a partir de las imágenes preoperatorias (Fig. 1 B y C).

Con maniobras de rotación interna se reprodujeron con facilidad reiteradas luxaciones posteriores intraoperatorias con enganche entre el Hill-Sachs invertido y el borde posterior de la glena.

Se obliteró la lesión de Hill-Sachs invertida transfiriendo el troquíin junto al tendón del subescapular hasta el margen medial del defecto óseo. Para fijar el tendón se utilizaron 2 anclajes óseos en titanio de 2,7 mm. de diámetro con sutura simple de alta resistencia; con dicha sutura se aplicaron puntos al tendón subescapular del tipo colchonero. A continuación, para la osteosíntesis del troquíin, se utilizó un tornillo canulado en titanio de 3 mm. de diámetro.

Ante la pérdida traumática de la correa bicipital, se procedió a la tenodesis de la porción larga del bíceps con puntos de sutura.

El tiempo operatorio fue de 100 minutos. Se utilizó un cabestrillo como medio de inmovilización relativa.

Posoperatorio

A los 10 días del posoperatorio el paciente comenzó con un programa de rehabilitación kinesiológica con movilidad pasiva; la rotación externa fue restringida hasta los 0° durante el primer mes. A la quinta semana se discontinuó la utilización del cabestrillo, se comenzó con movilidad activa asistida y se progresó la rotación externa hasta los 30° aproximadamente. A finales del tercer mes del posoperatorio se autorizó la rehabilitación sin restricciones en cuanto al tipo y rango de movilidad. Al sexto mes se autorizó la actividad física irrestricta.

En un último control radiográfico y por resonancia magnética, a los 18 meses del posoperatorio, se documentó la consolidación del troquíin (significativamente reabsorbido) sobre el Hill-Sachs invertido, así como una masa muscular y tendón del subescapular funcionales (Fig. 3 A-E).

Durante el último control clínico, a los 20 meses del posoperatorio, la rotación externa en aducción fue de 50°, mientras que en abducción fue de 80°; la elevación anterior fue de 165°; durante la rotación interna el pulgar alcanzó a L1 sin dificultad (Fig. 4 A-E).

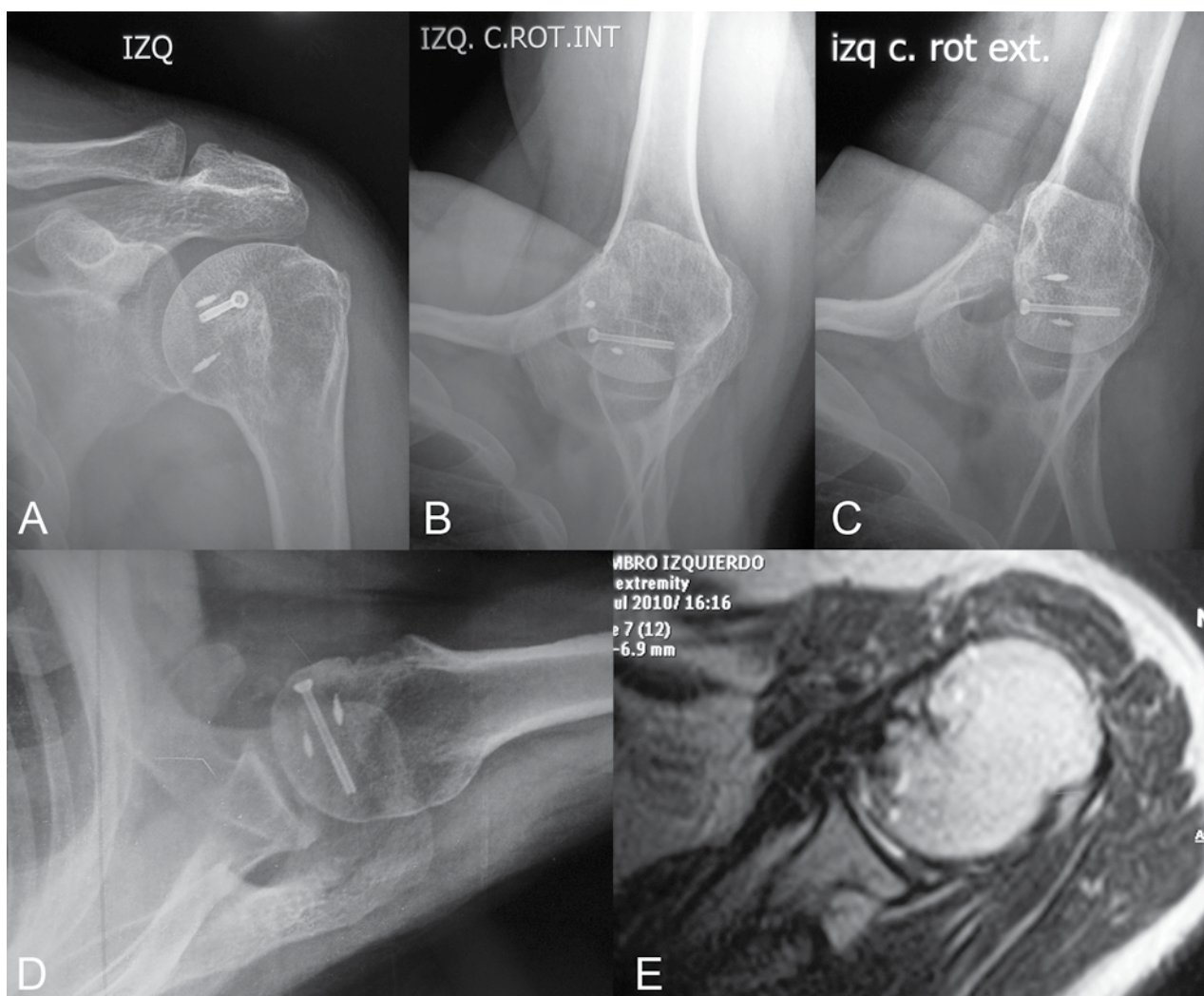


Figura 3: A-C. Control radiográfico alejado (18 meses posoperatorio). Nótese la reabsorción y esclerosis del trocán (Fig. 3C) en comparación con los controles radiográficos iniciales (Fig. 3D). D. Control radiográfico a los 3 meses posoperatorios. E. Control alejado por resonancia magnética (18 meses posoperatorio). Se destaca la integración del tendón subescapular a la cabeza humeral y su masa muscular trófica.



Figura 4: A-E. Control clínico a los 20 meses del posoperatorio.

DISCUSIÓN

La luxación posterior crónica del hombro es afortunadamente inusual, ocupando aproximadamente el 2% de todas las luxaciones del hombro.^{1,2} Sin embargo, no debemos olvidar que dicha entidad, aunque infrecuente, es el resultado de un bajo índice de sospecha por parte del médico así como de la omisión del par radiológico básico, fundamentalmente de la vista axilar.¹⁻³

Existe consenso sobre el tratamiento de las fracturas an-

teromediales impactadas de la cabeza humeral (Hill – Sachs invertido) que comprometen menos del 25% de la superficie articular, así como de aquellas que superan el 50% de la misma, para las primeras se aconseja la desimpacción del cartílago y hueso subcondral más el agregado de injerto autólogo a modo de soporte,^{1,2} mientras que para las segundas se recomienda la artroplastia protésica.^{1,2,4,5}

Para el tratamiento de defectos cefálicos comprendidos entre el 25% y el 50% de la superficie articular el debate aún continúa abierto. Es creciente el número de publi-

caciones que arrojan resultados satisfactorios con el uso de aloinjerto osteocondral estructural.^{1,2} Sin embargo, la mencionada técnica requiere de pacientes seleccionados; luxaciones crónicas de larga data con el consecuente riesgo de osteopenia, reblandecimiento de la cabeza humeral y de un lecho vascular receptor dañado, son desestimadas para la utilización de un aloinjerto.^{1,2}

Por su parte, la transferencia del subescapular [técnica de McLaughlin³] y su ulterior modificación a transferencia del troquí [descrita originalmente por Hughes⁶ y luego popularizada por Neer, quien fuera el cirujano de los 4 casos con transferencias del troquí publicados en el clásico trabajo de Hawkins y col.⁴] ha demostrado resultados satisfactorios a lo largo del tiempo.³⁻⁷ Sin embargo, en esta técnica existen los riesgos de osteólisis, fragmentación o

reabsorción del troquí transferido, como así también de pseudoartrosis de la osteosíntesis debido no sólo a la existencia de un lecho cefálico receptor desvitalizado, sino a las fuerzas inherentes al músculo subescapular; de tal forma, se incrementarían las chances de recidiva de la luxación o de pérdida de la rotación interna.

CONCLUSIÓN

Intuimos que al reforzar la transferencia con anclajes óseos al subescapular no sólo se evitaría la sobrecarga de la osteosíntesis, sino que ante un eventual fracaso de la misma la sutura con anclajes óseos se tornaría fundamental para la integración del subescapular al defecto cefálico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diklic ID, Ganic ZD, Blagojevic ZD, Nho SJ, Romeo AA. Treatment of locked chronic posterior dislocation of the shoulder by reconstruction of the defect in the humeral head with an allograft. *J Bone Joint Surg Br.* 2010; 92-B: 71-6.
2. Gerber Ch, Lambert S. Allograft reconstruction of segmental defects of the humeral head for the treatment of chronic locked posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am.* 1996; 78-A: 376-82.
3. McLaughlin HL. Posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am.* 1952; 34: 584-590.
4. Hawkins RJ, Neer CS, Pianta RM and Mendoza FX. Locked posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am.* 1987; 69: 9-18.
5. Rowe CR, Zarins B. Chronic unreduced dislocations of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am.* 1982; 64: 494-505.
6. Hughes M, Neer CS 2nd. Glenohumeral joint replacement and postoperative rehabilitation. *Phys Ther* 1975; 55: 850-8.
7. Walch G, Boileau P, Martin B, Dejour H. Luxations et fractures luxations postérieures de l'épaule. A propos de 30 cas. *Rev Chir Orthop.* 1990; 76: 546-58.