

A PROPÓSITO DE UN CASO: PLEXOPATÍA BRAQUIAL SECUNDARIA A FRACTURA-LUXACIÓN GLENOHUMERAL



Luis Antonio Ruiz Villanueva
Juan Pablo Guzmán Zapata
Elena Esparcia Arnedo
Marcos González Alonso
Iván Soto Pérez



Introducción

La luxación anteroinferior representa el 95% del total de las luxaciones glenohumerales. En cambio, la plexopatía braquial tan sólo ocurre en el 0,5% de los casos, siendo en su mayoría aguda, postganglionar, infraclavicular y sin discontinuidad.

Objetivos

Presentar un caso de plexopatía braquial secundaria a fractura-luxación glenohumeral.

Material y metodología

Mujer de 58 años que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por dolor e impotencia funcional de miembro superior derecho, según refiere por traumatismo tras caída con el brazo en hipertensión mientras empujaba un vehículo.

En el examen físico, además de la afectación glenohumeral, llama la atención la impotencia funcional en codo, muñeca y mano, y la pérdida de sensibilidad en todo el miembro superior derecho.

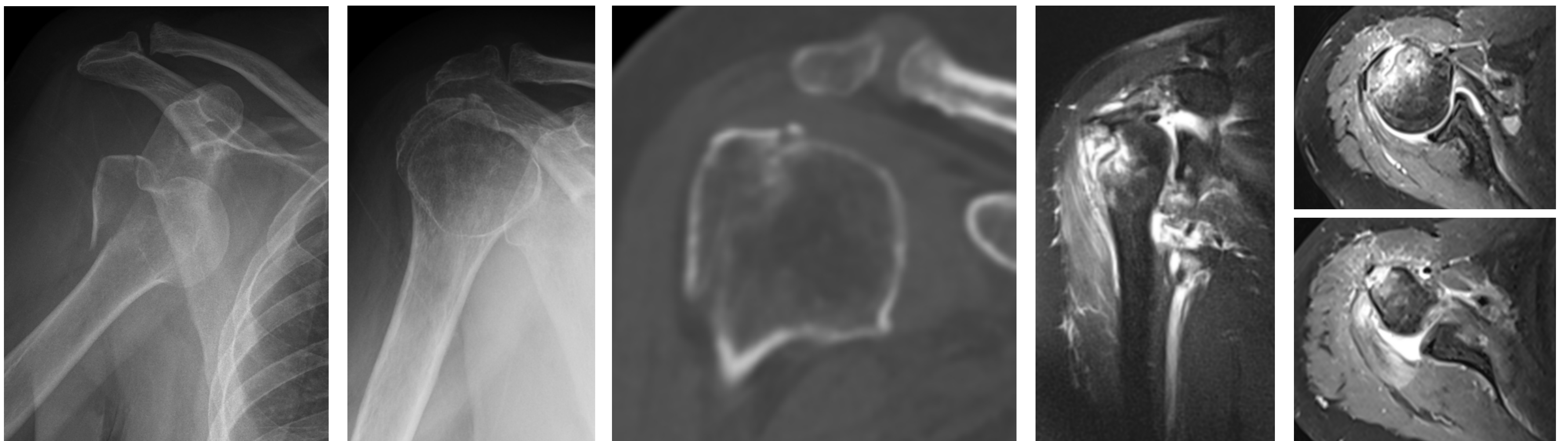
En radiografía simple se aprecia luxación glenohumeral anteroinferior junto a fractura de troquíter.

Bajo anestesia intraarticular se realiza reducción cerrada satisfactoria. La parálisis braquial se mantiene postreducción.

Ante la sospecha de plexopatía, se indica tratamiento ortopédico de la fractura, con revisiones en consulta de ambas patologías. Se solicita EMG de miembro superior derecho y RM de hombro derecho.

El estudio neurofisiológico objetiva datos compatibles con una plexopatía braquial derecha (superior, media e inferior) con nivel lesional postganglionar e intensidad muy severa. La RM evidencia lesión traumática - plexitis braquial a nivel infraclavicular y axilar.

Se decide tratamiento conservador, sin descartar posible cirugía si no hubiese recuperación al sexto mes. Inicia rehabilitación.



Resultados

Tres meses tras el episodio, la paciente realiza abducción de hombro hasta 90º y flexo-extensión casi completa del codo.

A los seis meses, comienza a pronosupinar. El EMG objetiva reinervación potente de C5, C6 y C7, aún no en la mano. La RM evidencia mejoría del edema perirradicular de las raíces del plexo braquial.

Con nueve meses de evolución, realiza flexo-extensión de dedos. Se descarta definitivamente la cirugía.

Conclusiones

Ante una luxación glenohumeral, es importante la exploración neurovascular, tanto previa como posterior a la reducción.

La neurópata no es una urgencia, debe estudiarse a largo plazo. El éxito en el resultado final dependerá del estado previo de la extremidad y de un seguimiento correcto por parte del profesional.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA