

LUXACIÓN GLENOHUMERAL POSTERIOR INVETERADA CON DEFECTO DE CABEZA HUMERAL ASOCIADO.

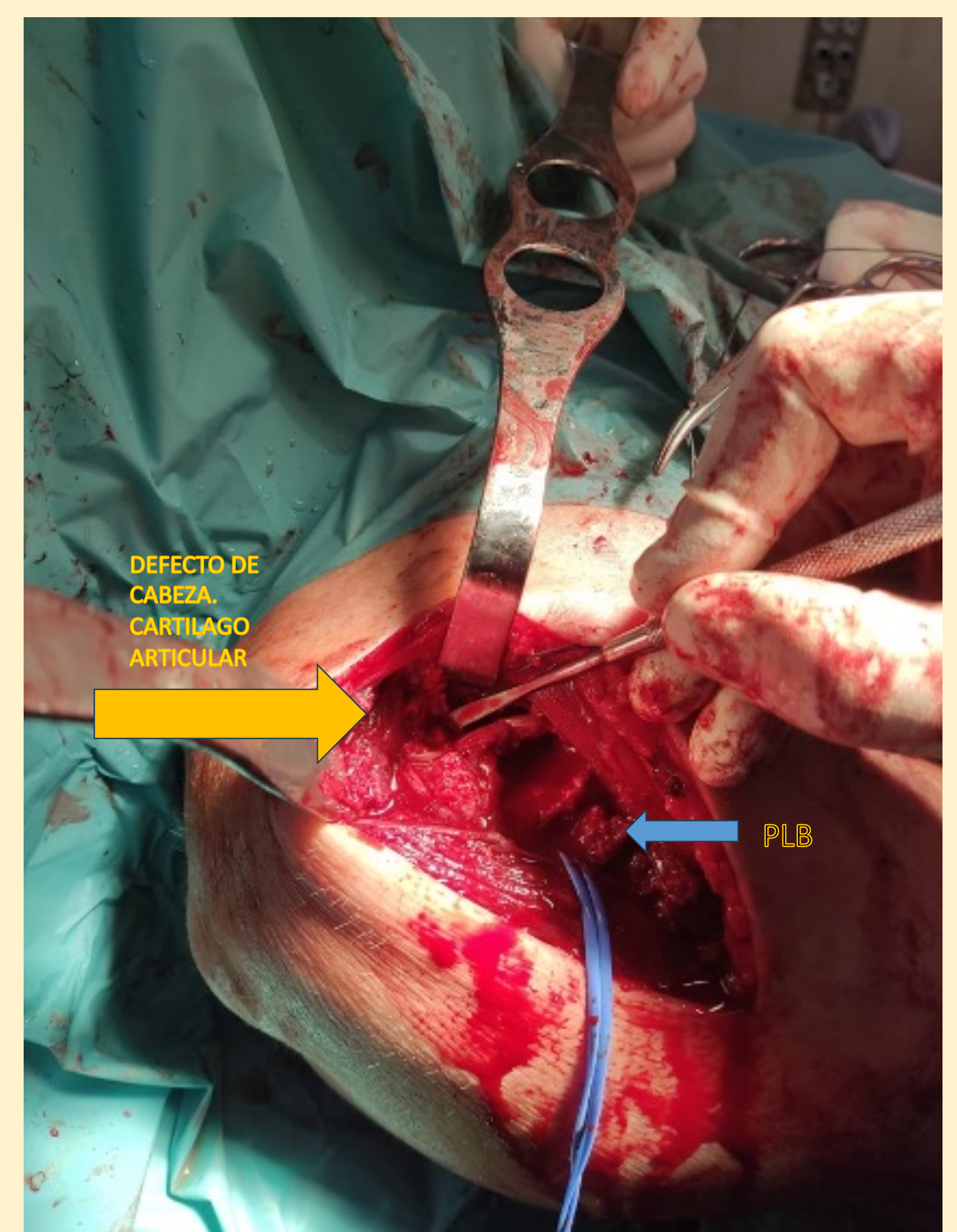
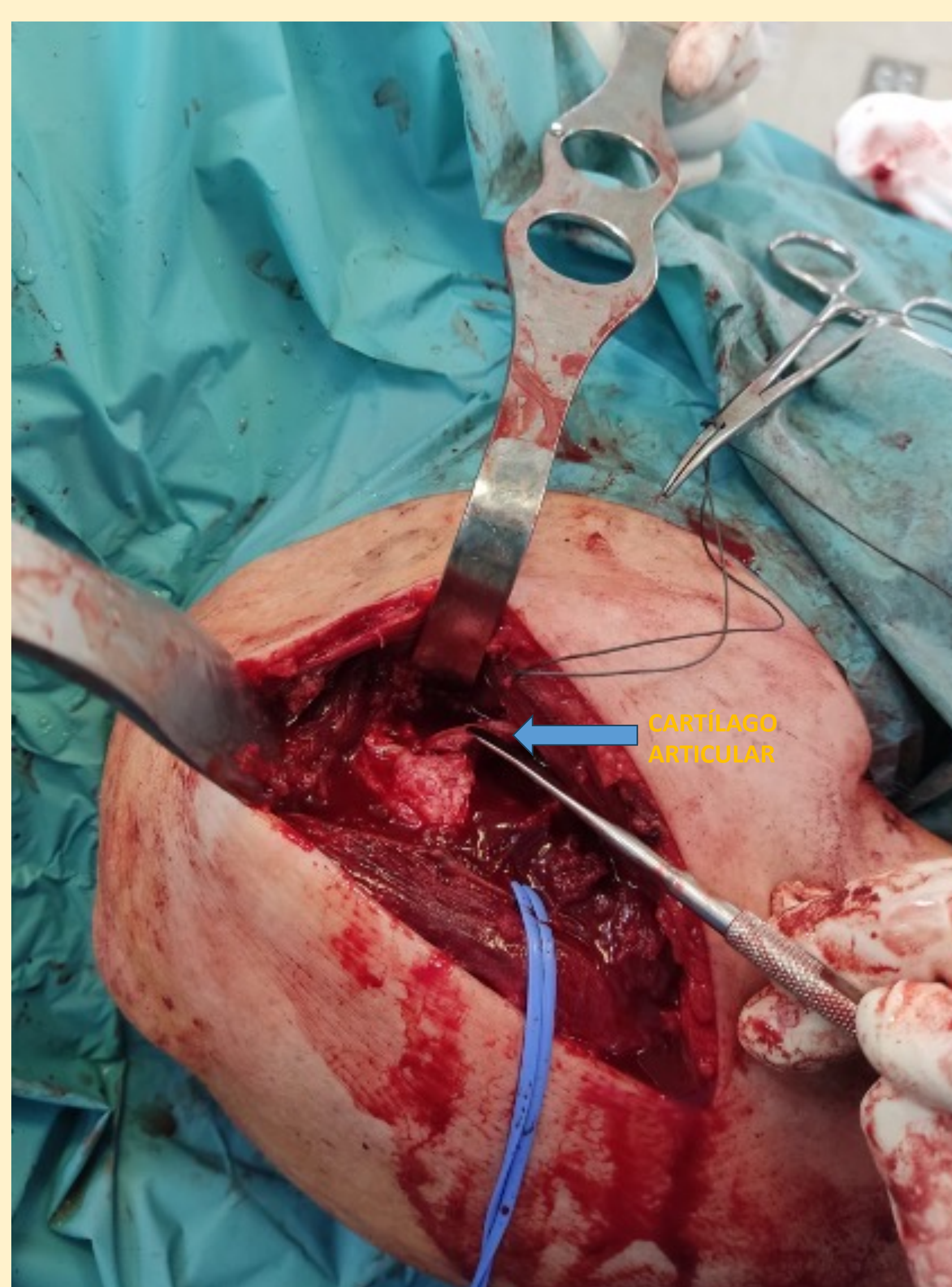
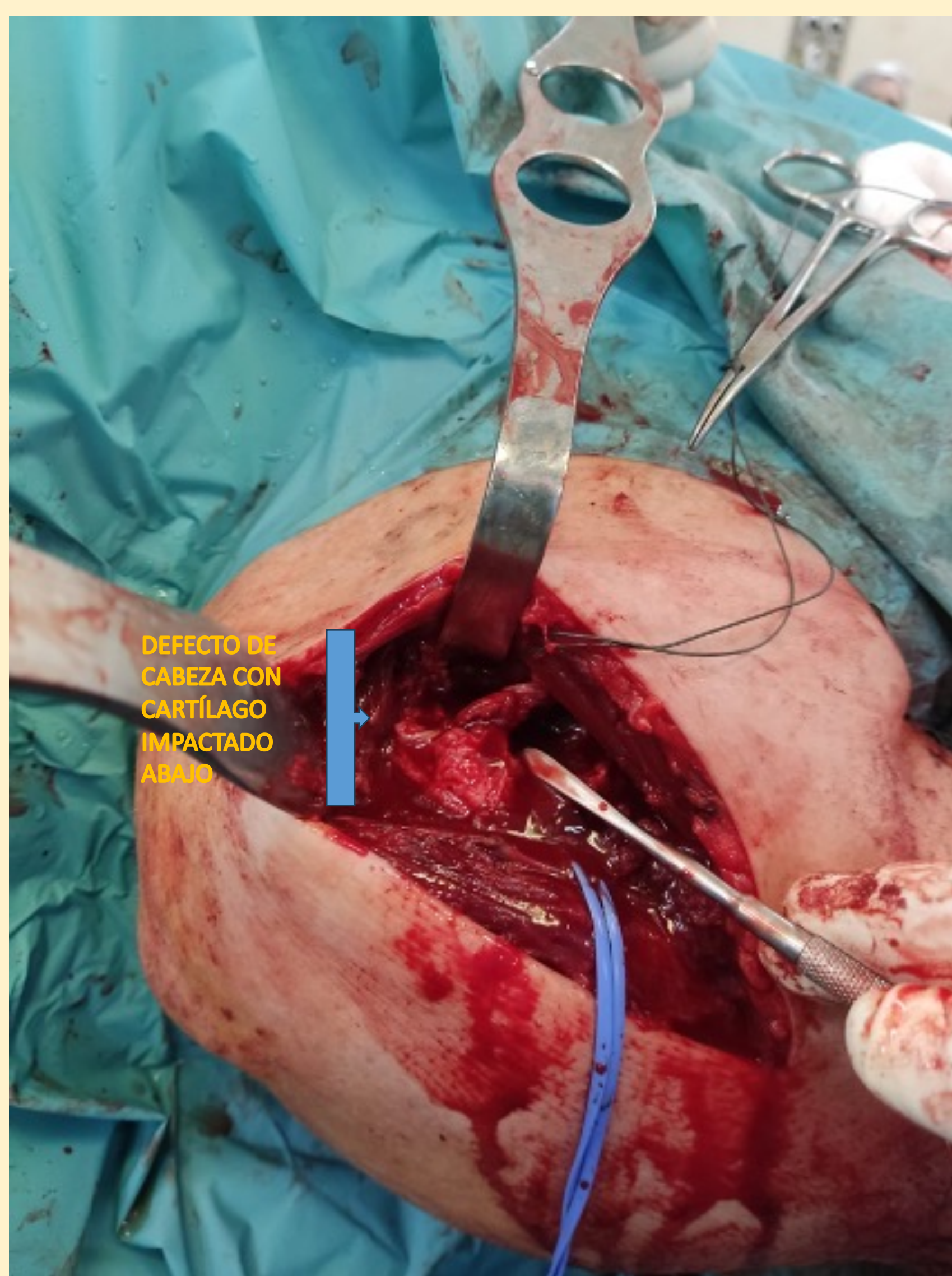
Lorente Escudero, F. Arjona Díaz, M. Furundarena Iturrioz, A. Guerado Parra, E.

OBJETIVO

Presentar el caso de una luxación posterior glenohumeral en contexto de crisis convulsiva. Sirva este caso para analizar los criterios de estabilización según la presencia de lesión de Hill-Sachs inversa y del defecto de la glena.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 56 años con antecedente de episodio de luxación glenohumeral anterior derecha tras accidente de motocicleta sin inestabilidad residual. Sufre crisis convulsiva tónico-clónica con caída sobre el hombro derecho desde un metro de altura. En urgencias se aprecia bloqueo de la articulación glenohumeral derecha con rotaciones abolidas. Ante la sospecha clínica se realiza control radiográfico donde se aprecia luxación glenohumeral posterior. Posteriormente, TAC de urgencia, con defecto óseo en la cabeza de 2.5 x 1.5 cm (25-50%) e impactación en la glena, sin defecto óseo en ella, con ángulo gamma $>90^\circ$. Se intentó reducción cerrada en urgencias sin éxito, por lo cual se planifica técnica abierta de Mc-Loughlin con aporte de autoinjerto óseo de cresta ilíaca ipsilateral y lateralización de tendón subescapular fijado con dos implantes de alta resistencia. Se consigue la reducción correcta de la articulación, normoposición de la superficie articular de la cabeza que se mantiene sobre el injerto óseo, reducción del defecto de la cabeza y estabilidad articular.



RESULTADOS

Consideramos este caso como una luxación posterior traumática inveterada con defecto óseo de cabeza humeral realizando el tratamiento acorde con la guía clínica. El defecto óseo moderado se consigue rellenar, siendo este de 2.5x3 cm con un ángulo Gamma $>90^\circ$. En este caso se ha mantenido el cartílago articular de la cabeza, colocando el injerto estructural por debajo en el defecto y reinsertando el subescapular por encima mediante implantes artroscópicos, consiguiendo estabilidad articular.

CONCLUSIONES

Según la bibliografía y el algoritmo de tratamiento consideramos la opción quirúrgica de Mc-Loughlin abierto como tratamiento de elección en este caso. La bibliografía plantea un fracaso de esta estabilización que en ocasiones ronda el 60-70%. Otra opción de tratamiento a tener en cuenta es la artroplastia, que sería indicación en defectos grandes de la cabeza (mayores del 50%) así como en pacientes más longevos con omartrosis secundaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Posterior shoulder fracture–dislocation: an update with treatment algorithm.
Zinon T, Kokkalis I, Iliopoulos G, Thekla A, Mavrogenis E.
Eur J Orthop Surg Traumatol. 2016
2. High frequency of posterior and combined shoulder instability in young active patients.
Daniel J, Jay B, Kevin P, Craig R, Douglas J, Steve H, John M.
J Shoulder Elbow Surg. 2015
3. Influence of defect size and localization on the engagement of reverse Hill-Sachs lesions.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA