

¡MANOS ARRIBA, ESTO ES UNA LUXATIO ERECTA!

Marina García Arévalo, Isabel Sánchez Salmerón, Jorge Calvera Allué,
Carlos Fernández Ortega, Jose Luis Aguilar Herrera.

Hospital Universitario Severo Ochoa

OBJETIVOS

La **luxación inferior**, también llamada luxatio erecta, es un tipo **infrecuente** de luxación glenohumeral. Su diagnóstico y reducción precoz son fundamentales para evitar complicaciones neurovasculares.

Presentamos el caso clínico de un paciente con luxación glenohumeral inferior con el objetivo de describir su presentación clínica característica y su manejo terapéutico.



MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 75 años que acudió a Urgencias por dolor e impotencia funcional en hombro derecho tras caída accidental desde su propia altura. A la exploración presentaba el brazo bloqueado a unos 150° de abducción con el codo flexionado, quedando la mano por detrás de la cabeza. Se apreciaba importante tumefacción a nivel axilar, donde se palpaba la cabeza humeral. Los pulsos radial y braquial estaban intactos y no presentaba alteraciones en la exploración neurológica.

Se solicitaron radiografías simples de hombro, apreciándose luxación glenohumeral inferior, sin fracturas asociadas.



RESULTADOS

Se realizó reducción cerrada en urgencias mediante maniobra de tracción en eje con diáfisis humeral, siendo el control radiológico posterior satisfactorio.

Tras 3 semanas de inmovilización con cabestrillo, se autorizó la movilización activa y se inició rehabilitación, con buenos resultados funcionales.

CONCLUSIONES

La luxación inferior es una lesión rara, representando tan solo el **0,5% de todas las luxaciones glenohumerales**. Suele producirse por un **mecanismo de hiperabducción** sobre un brazo ya abducido que provoca el choque del cuello del húmero contra el acromion, lo que ejerce de efecto palanca sobre la cabeza, que se luxa de la cavidad glenoidea en sentido inferior.

Se asocia frecuentemente a fracturas de troquíter y a roturas del manguito rotador. Además, este tipo de luxación tiene la mayor incidencia de **lesión neurovascular** de todos los tipos de luxaciones de hombro, asociándose significativamente a plexopatía braquial y lesiones de la arteria axilar.

El tratamiento se basa en la reducción cerrada urgente y la evaluación de lesiones asociadas. En la mayoría de los casos se pueden manejar de forma conservadora, con un periodo de inmovilización de 2 a 3 semanas, presentando buenos resultados clínicos. Sin embargo, los casos asociados con importantes lesiones óseas, de partes blandas o de estructuras vasculonerviosas, requieren en muchas ocasiones tratamiento quirúrgico.