

Radiografía ósea

S. García Ramiro y J.A. Fernández-Valencia Laborde

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Institut Clínic de l'Aparell Locomotor. Hospital Clínic. Barcelona.



Fig. 1.



Fig. 2.

Caso clínico

Paciente varón de 45 años de edad que acudió al servicio de urgencias por dolor e impotencia funcional de la extremidad superior derecha, a causa de un traumatismo jugando a fútbol.

La exploración física objetivó la presencia un brazo derecho en actitud antiálgica, en discreta abducción y rotación externa, con signos de la charretera y del hachazo. La sensibilidad del muñón del hombro estaba conservada; la sensibilidad y movilidad de la mano y de los dedos, así como la temperatura y coloración de los dedos, eran normales y el pulso radial estaba presente.

La radiografía anteroposterior de hombro derecho (fig. 1) confirmó el diagnóstico de luxación escapulohumeral, mostrando la cabeza humeral en situación inferior a la cavidad glenoidea, que se encontraba vacía. Asimismo se descartó la presencia de lesiones óseas traumáticas asociadas.

Con el diagnóstico de luxación escapulohumeral anterior-inferior derecha se procedió a la reducción de la misma (fig. 2) mediante la técnica de Artl. Después de la reducción se inmovilizó la extremidad con un vendaje en aducción durante tres semanas. Tras dicho período, inició tratamiento fisioterapéutico y a los 3 meses de la lesión el paciente se reincorporó a su actividad laboral habitual.

Comentario

La luxación de la articulación escapulohumeral es una de las más frecuentes de las luxaciones articulares y representa el 60% de las mismas. Su tratamiento no requiere, en principio, excesivos medios técnicos y debe ser asequible a cualquier nivel asistencial. La mayor incidencia de este tipo de luxaciones se presenta en adolescentes y adultos jóvenes, muchas veces como

consecuencia de accidentes deportivos. En el niño, los traumatismos en el hombro tienden a producir fractura de clavícula o desprendimiento epifisario de húmero; por otro lado, en el anciano el cuello del húmero suele resultar fracturado a consecuencia de una osteoporosis subyacente.

La articulación del hombro tiene una gran movilidad, sin embargo sus superficies articulares son poco congruentes y se encuentra rodeada de ligamentos muy laxos. La luxación ocurrirá habitualmente al dirigirse la cabeza humeral a través de un defecto anterior en la cápsula. Existen tres mecanismos básicos para la producción de esta lesión; el traumatismo directo, el traumatismo indirecto y la contracción muscular. El segundo es el más frecuente, con una caída hacia atrás en la que el codo o la mano amortigua el golpe. La contracción muscular podrá producir luxación en aquellos pacientes muy musculados o bien en casos de electrochoque.

Pueden presentarse diferentes variantes de luxación según la situación de la cabeza humeral respecto a la cavidad glenoidea: anterior, posterior, inferior y superior. La observada con más frecuencia es la anteroinferior.

La sintomatología en la luxación de hombro es llamativa y característica: dolor intenso, impotencia funcional, y el paciente acude en posición antiálgica, con el codo flexionado a 90° y con la mano sana sujetando en antebrazo del miembro lesionado. El brazo acostumbra a estar en ligera abducción y con el codo separado del tórax. Existen dos signos clásicos a identificar: la pérdida del relieve redondeado del hombro, que se denomina «hombro en charretera» de Kocker y, por otro lado, al palpar por debajo del acromion se aprecia la ausencia de la cabeza humeral, pudiendo hundirse el deltoides hacia adentro, a éste se le llama signo del hachazo. Al intentar movilizar la extremidad encontramos una resistencia elástica a la aducción. Generalmente no encontramos ni equimosis ni tumefacción, datos muy útiles para hacer el diagnóstico diferencial con la fractura del cuello de húmero. Exploraremos el pulso radial y la sensibilidad del muñón del hombro para descartar una lesión de la arteria axilar y del nervio axilar o circunflejo, complicaciones raras pero no infrecuentes.

El diagnóstico de luxación escapulo humeral se debe confirmar con el estudio radiológico convencional.

Después del diagnóstico clínico y radiológico, la reducción de la luxación debe ser inmediata ya que un rápido tratamiento facilita la reposición de la cabeza humeral en su sitio, y disminuye el riesgo de lesiones neurovasculares al realizarse la reducción.

Existen varias técnicas correctas, unas que deben efectuarse con el paciente anestesiado (métodos de Hipócrates y de Mothes, entre otros) y otras que se pueden practicar sin anestesia (principalmente los métodos de Arlt, de Milch, y de Kocher). Es obvio que debemos acudir siempre a una técnica indolora que nos ahorre el riesgo inherente a cualquier procedimiento anestésico. En nuestra experiencia el método de Arlt proporciona resultados muy satisfactorios. Se describe clásicamente colocando al paciente sentado lateralmente en una silla, con el brazo luxado apoyado en el respaldo por la axila. Entonces se imprime una suave tracción del miembro con el codo flexionado a 90° y una ligera rotación externa del hombro. Los principales problemas técnicos que nos podemos encontrar son la desproporción entre la amplitud de la axila y la del respaldo de la silla, y que la silla no se adapte adecuadamente a la altura del paciente. Para solucionar estos inconvenientes, la silla se ha substituido por una barra transversal de altura regulable que lleva en su mitad un cilindro acolchado de 15 cm de diámetro. Se coloca el paciente con una abducción de 40° sobre el cilindro y la barra. Esta abducción da la máxima amplitud a la capacidad articular al hombro, con lo que la cápsula se relaja. Al mismo tiempo el cilindro actúa como distractor, no pellizcándose la cápsula, lo que disminuye en gran magnitud el dolor. Antes de iniciar cualquier maniobra debemos tranquilizar al paciente para obtener de él la máxima relajación muscular posible.

Después de la reducción se inmovilizará el hombro con un vendaje en aducción durante 3 semanas. A partir de entonces se retira la inmovilización, y se inicia la rehabilitación del hombro con ejercicios suaves que recorren todo el arco de movimiento de la articulación. A los 4 o 6 meses la mayoría de los pacientes pueden realizar con normalidad sus actividades de la vida diaria, e incluso reiniciar sin complicaciones sus actividades deportivas.

Bibliografía general

- Herrera A, Calvo A, Martínez A. Luxación de la articulación del hombro. En: Luxaciones. Curso Básico Fundación SECOT. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Oviedo: Eds. 2000 Drug Farma S.L., 2001; p. 109-23.
- Hovellius L. Anterior dislocation of the shoulder in teen-agers and young adults. Five-years prognosis. *J Bone Joint Surg* 1987;69A: 393-9.
- Rockwood CA, Wirth MA. Subluxations and dislocation about the glenohumeral joint. En: Rockwood CA, Green DP, Bucholz RW, Heckman JD, editors. *Fractures in adults*. Filadelfia. New York: Lippincott-Raven, 1996; p. 1193-9.