



CARTA CLÍNICA

Luxación de hombro posterior y bilateral en contexto de crisis convulsiva



Bilateral posterior shoulder dislocation during a seizure

Presentamos el caso de paciente varón de 42 años de edad, que consultó en urgencias por cuadro de convulsiones generalizadas en vía pública. Como antecedentes patológicos destacaba esquizofrenia paranoide y epilepsia, con múltiples ingresos por convulsiones generalizadas, secundarias a un mal cumplimiento terapéutico. A la llegada a urgencias y una vez superado el periodo poscrítico, el paciente refirió dolor y limitación funcional en ambos hombros.

A la exploración, el paciente presentaba una limitación a la rotación externa de la extremidad, con dolor importante a la movilización. No se apreciaba hombro «en charretera» ni deformidades a nivel de clavícula o diáfisis humeral. Los pulsos distales estaban presentes, con una sensibilidad conservada.

Se realizó radiografía de hombro bilateral (fig. 1) que evidenció cambios sugestivos de luxación posterior bilateral (cabeza humeral «en bombilla»: flecha negra, signo de la glena vacía: flecha blanca). Se realizó reducción cerrada bajo anestesia general e inmovilización en abducción y rotación externa, con un buen control radiológico (fig. 2).

La luxación posterior es la menos frecuente de las luxaciones escapulohumorales (2% de las luxaciones de dicha articulación¹, con una incidencia calculada en población general de 1.1/100.000 casos. Es más frecuente en varones entre 20 y 40 años². La causa principal de la luxación unilateral son los accidentes traumáticos (caída sobre la extremidad superior en hiperextensión), en las luxaciones bilaterales la causa principal son las convulsiones o electrocuciones. Ante un paciente que haya presentado una convulsión de cualquier etiología y presente dolor en extremidad superior se debe sospechar de luxación posterior.

La causa de esta relación es que durante una convulsión tónico-clónica la posición típica de la extremidad superior es en aducción, rotación interna y flexión; la contracción masiva de la musculatura de la cintura escapular fuerza la cabeza humeral contra el acromion y la glena, produciendo las fuerzas necesarias para provocar la luxación. Si la contracción convulsiva continúa, se produce una típica fractura

localizada en el cuello humeral originada por la contracción de los músculos subescapular e infraespinoso. Otra fractura que se puede relacionar con la luxación posterior es la fractura de la superficie articular de la cabeza humeral, con una pequeña ablusión ósea en la zona inferomedial. Es una enfermedad difícil de diagnosticar y que en numerosos casos puede pasar desapercibida (hasta un 50% de los casos no es diagnosticada inicialmente en algunas series¹).

A la exploración física el paciente suele presentarse con la extremidad en aducción y rotación interna a 10-60°, no permitiendo rotaciones externas desde dicha posición. La cabeza humeral se halla fijada en el anillo glenoidal posterior por lo se suele palpar una prominencia de la misma a nivel posterior de la articulación, igualmente, se puede palpar una prominencia a nivel de la apófisis coracoides³. A pesar de la deformidad y la falta de rotación, la luxación posterior puede ser sorprendentemente bien tolerada, sobretudo en gente mayor.

A nivel radiológico, la radiografía anteroposterior es la más frecuentemente utilizada, aunque en muchos casos se visualizan solo cambios sutiles que dificultan el diagnóstico. La dificultad en la interpretación de la radiografía AP radica en que la parte anterior de la cabeza humeral se encuentra dentro de la articulación y la parte posterior fuera. Se han descrito diversos signos que sugieren el diagnóstico de luxación posterior: rotación interna del húmero debido a la fijación de la cabeza humeral en el anillo glenoideo posterior, el signo de la glena vacía (fig. 1. Flecha blanca), la cabeza humeral «en bombilla» (fig. 1. Flecha negra). También se puede visualizar la lesión de Hill-Sachs, impronta en la cabeza humeral asociada a inestabilidad glenohumeral crónica. En caso de sospecha diagnóstica se debe realizar una proyección axilar, dificultosa por la limitación funcional, pero clave para el diagnóstico. La tomografía axial computarizada es la prueba indicada en caso de imposibilidad de realizar una proyección axilar o en caso de duda diagnóstica, y la resonancia magnética para visualizar lesiones ligamentosas, musculares y tendinosas asociadas.

En caso de diagnóstico agudo se debe proceder a la reducción cerrada precoz, en la mayoría de los casos bajo anestesia general. La maniobra de reducción se realiza con flexión y aducción de la extremidad, acompañada de tracción axial. Se puede realizar presión directa sobre la cabeza humeral desde atrás para facilitar la reducción. La inmovilización se debe realizar en rotación externa durante 3 semanas, disminuyendo así la tasa de recurrencias⁴.

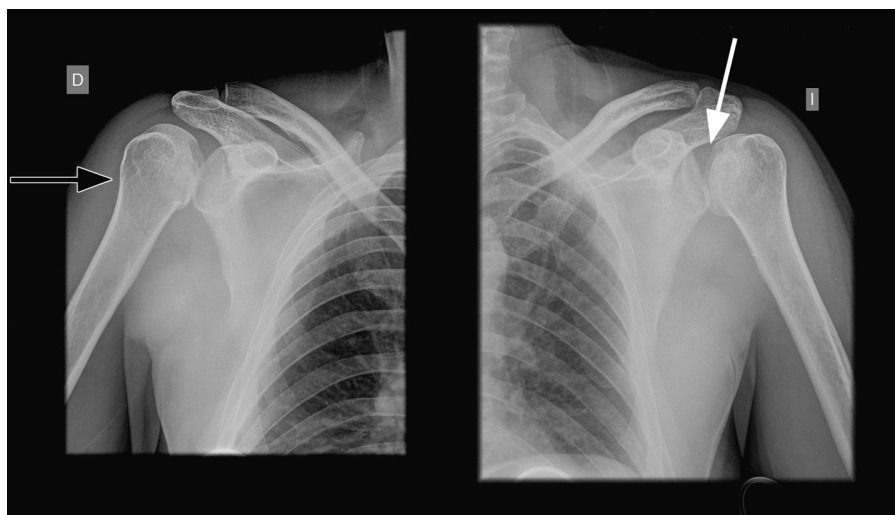


Figura 1 Radiografía anteroposterior de hombro bilateral. Se visualizan cambios sugestivos de luxación glenohumeral posterior. Signo de la glena vacía (flecha blanca). Signo del humero en bombilla (flecha negra).

En caso de luxaciones posteriores crónicas (más de 3 semanas) existen múltiples opciones terapéuticas. Escoger la mejor opción es complejo y multifactorial. Debido a la poca frecuencia de estas enfermedades, es difícil disponer de evidencia clínica suficiente para realizar una recomendación clara. En la mayoría de los casos se opta por reducción cerrada bajo anestesia general. En casos de gente anciana, sobretodo en casos de luxación unilateral que mantenga una buena funcionalidad de extremidad contralateral se puede considerar indicar tratamiento conservador⁵.

Se ha relacionado la detección precoz y las luxaciones con estabilidad después de reducción cerrada con unos buenos resultados funcionales. Se asocia con mal pronóstico el diagnóstico tardío, la deformidad o artrosis de la

cabeza humeral, las fracturas asociadas y la necesidad de artroplastia⁶.

Existe discusión sobre la relación de la posición lateral de seguridad en pacientes con crisis epiléptica. Mientras que en el momento de poscrisis sí ha demostrado disminuir el riesgo de broncoaspiración, durante la crisis no parece tener incidencia. Es por ello que se recomendaría que en casos de pacientes epilépticos con historial de luxación posterior relacionado con las crisis no se realizara la posición lateral de seguridad hasta el momento de la poscrisis⁷.

En resumen, la luxación de hombro posterior es una enfermedad poco frecuente pero que debe ser sospechada en casos de convulsiones generalizadas o electrocución. En caso de diagnosticarse a nivel extrahospitalario debe ser

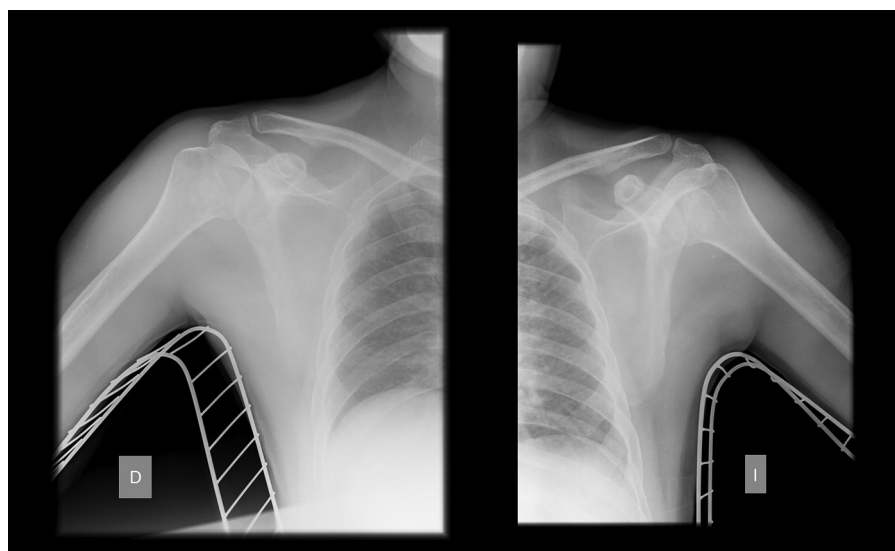


Figura 2 Radiografía anteroposterior de hombro posreducción.

remitido a urgencias para valorar reducción cerrada lo más precozmente posible.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Hatzis N, Kaar TK, Wirth MA, Rockwood Jr CA. The often overlooked posterior dislocation of the shoulder. *Tex Med.* 2001;97:62-7.
2. Robinson M, Seah M, Akhtar A. The epidemiology risk of recurrence, and functional outcome after an acute traumatic posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am.* 2011;93:1605-13.
3. Cacak N. Posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Br.* 2004;86-B:324-32.
4. Itoi E, Hatakeyama Y, Sato T, Kio T, Minagawa H, Yamamoto N, et al. Immobilization in external rotation after shoulder dislocation reduces the risk of recurrence: A randomized controlled trial. *J Bone Joint Surg Am.* 2007;89:2124-31.
5. Loebenberg MI, Cuomo F. The treatment of chronic anterior and posterior dislocations of the glenohumeral joint and associated articular surface. *Orthop Clin North Am.* 2000;31:23-34.
6. Robinson CM, Aderinto J. Posterior shoulder dislocations and fracture-dislocations. *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87:639-50.
7. DeToledo JC, Lowe MR. Seizures, lateral decubitus, aspiration, and shoulder dislocation. Time to change the guidelines? *Neurology.* 2001;56:290-1.

B. de Pablo Márquez^{a,*} y N. Anglada Torres^b

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Universitaria Mutua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España*

^b *Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitaria Mutua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bernatdepablo@gmail.com
(B. de Pablo Márquez).