

LUXACIÓN IRREDUCTIBLE DE HOMBRO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pablo J. Suárez-Anta Rodríguez¹, Roi Castro Muñoz², Diego Velasco Villa³, Lucía Lanuza Lagunilla¹, Álvaro Cambor Valladares¹, Vanessa González Sastre³
Hospital Universitario de Cabueñes¹, Hospital da Costa Burela², Hospital Valle del Nalón³

INTRODUCCIÓN: Las luxaciones glenohumerales son las luxaciones más frecuentes. La mayoría de ellas son luxaciones anteriores (96%); de las cuales la mayoría se reducen de forma cerrada (70-90%). Las luxaciones irreductibles afectan generalmente a varones en la 4ª década de la vida.

Como principales causas tenemos la interposición de partes blandas o de fragmentos óseos; siendo la causa más frecuente la interposición de la porción larga del bíceps asociada o no a fracturas de troquíter, seguido de la interposición del subescapular.

OBJETIVOS: Describir una complicación inusual en el contexto de una luxación de hombro que la hace irreductible por medios cerrados y su tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y METODOLOGÍA:

- Varón de 57 años acude a Urgencias por dolor e impotencia funcional de una semana de evolución.
AP: alcoholismo crónico
- **Rx** → Luxación anterior inveterada sin lesiones óseas asociadas (Fig. 1)
- Se realiza un intento de reducción cerrada y se solicita **TAC** para comprobar la reducción, persistiendo luxación articular (Fig. 2)
- Se solicita una **RMN** para determinar la causa y planificar la reducción abierta



Fig. 1: Rx: Luxación anterior inveterada sin lesiones óseas asociadas

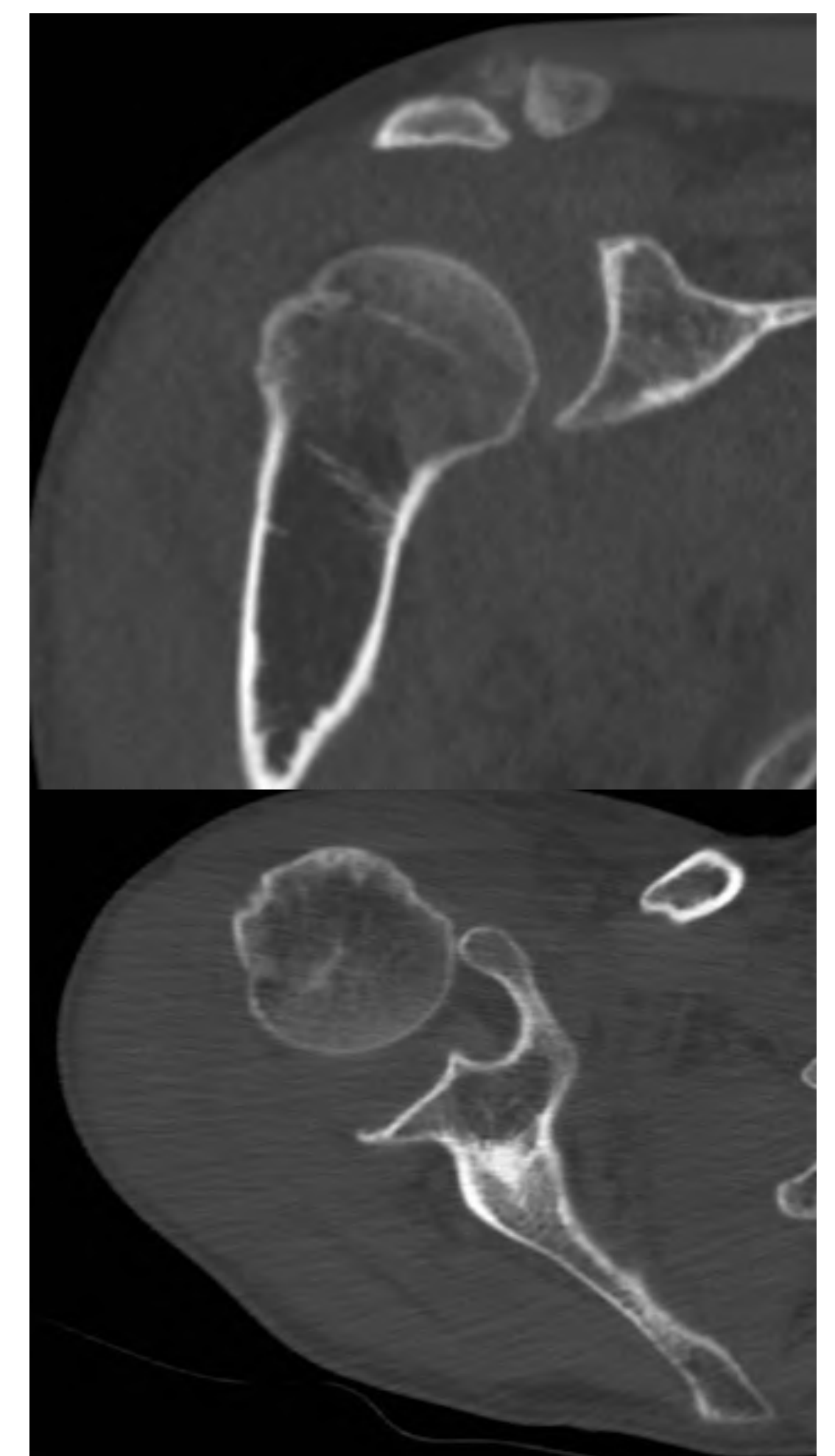


Fig. 2: TAC de control: persiste luxación articular

RESULTADOS: En la RMN (Fig. 3) se observa una luxación posterolateral de la porción larga del bíceps y la interposición del subescapular entre la glena y el húmero.

Se realiza reducción abierta por vía deltopectoral, confirmando la interposición del subescapular y la luxación de la porción larga del bíceps como causas de la irreductibilidad (Fig. 4 a 9)

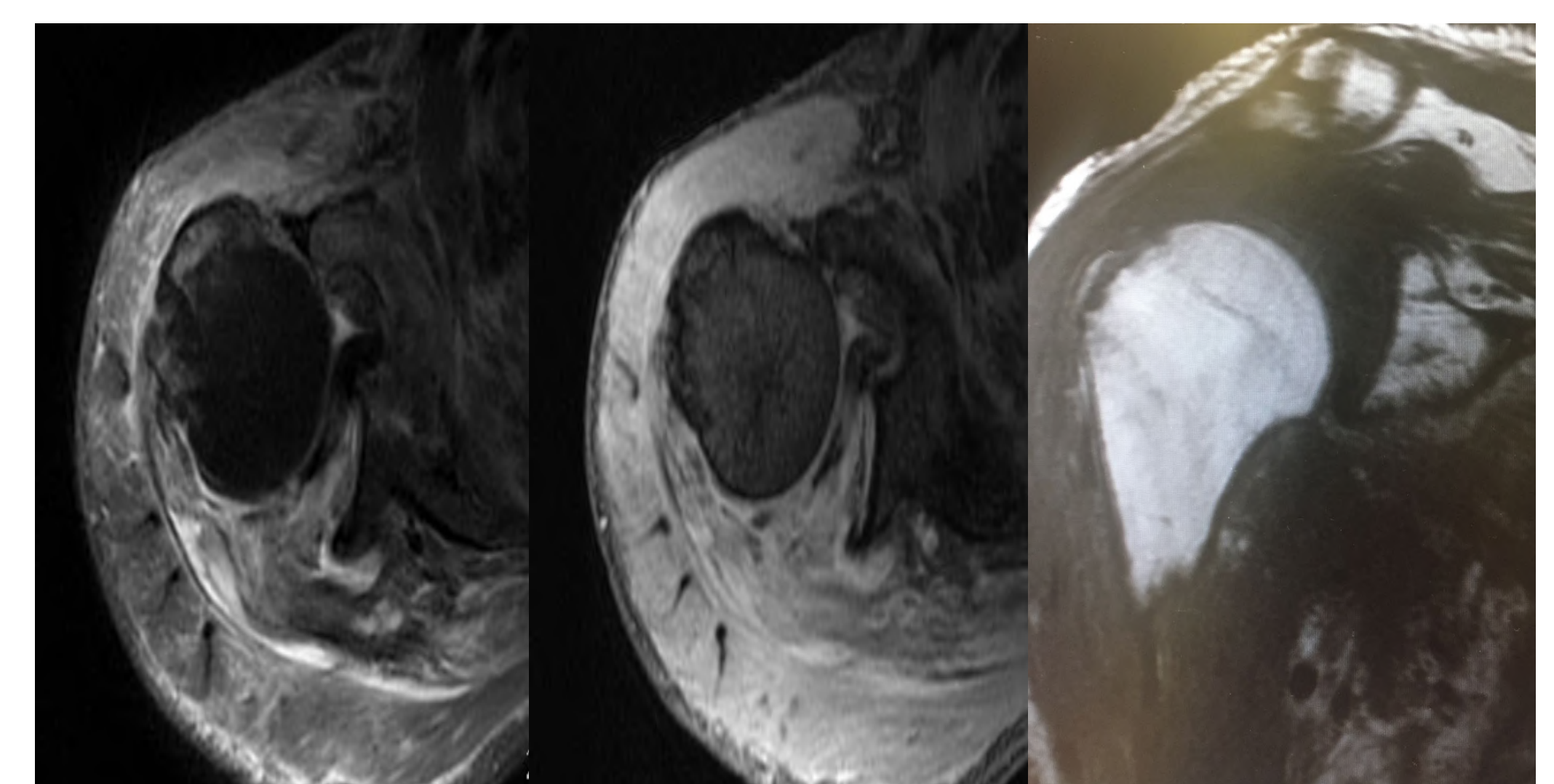


Fig. 3: RMN: luxación posterolateral de la PLB e interposición del subescapular

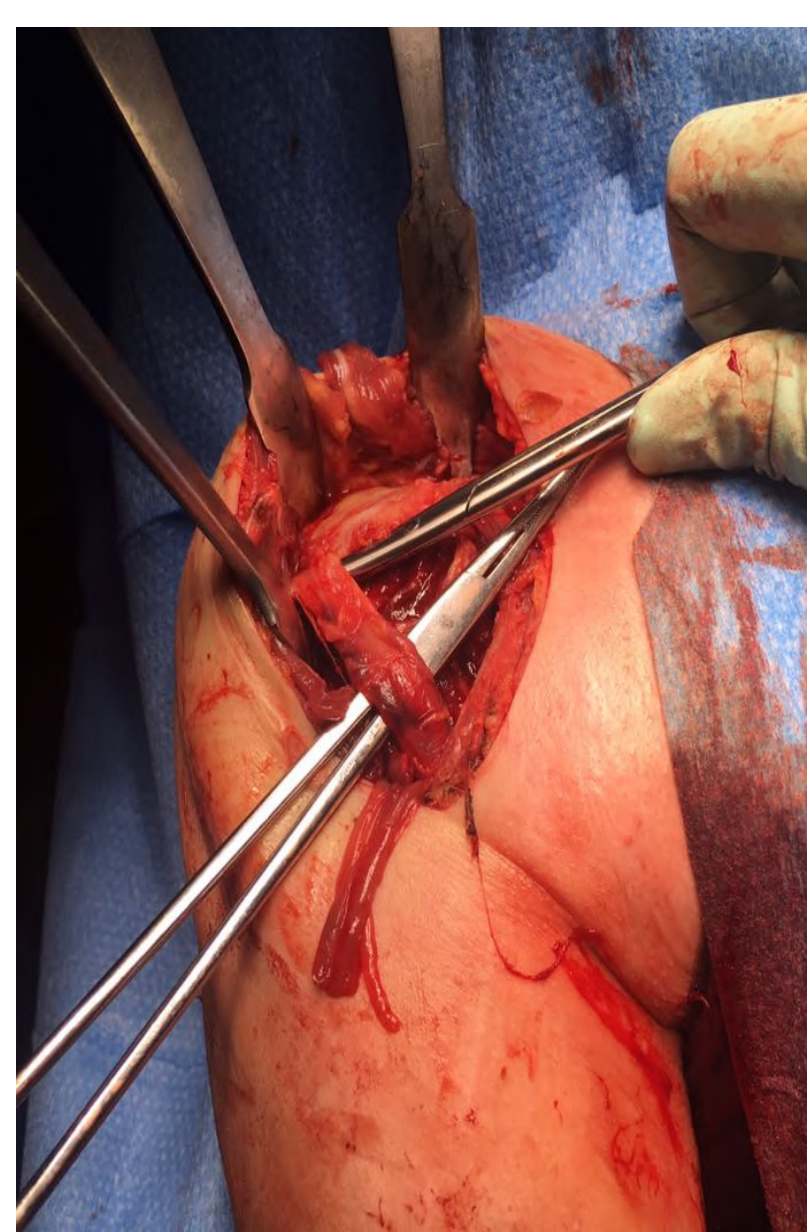


Fig. 4: Lux. PLB hacia posterolateral

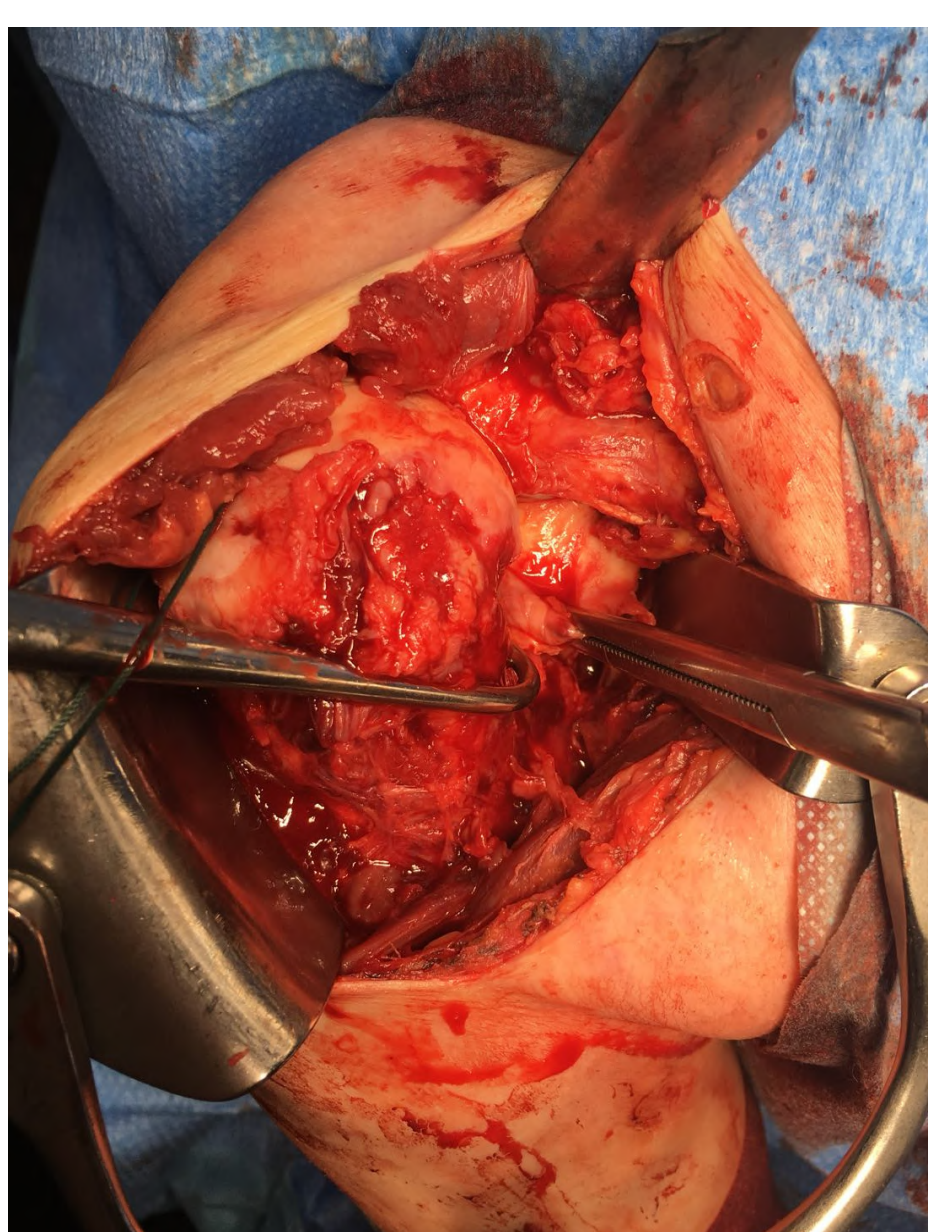


Fig. 5: Interposición subescapular (coger)

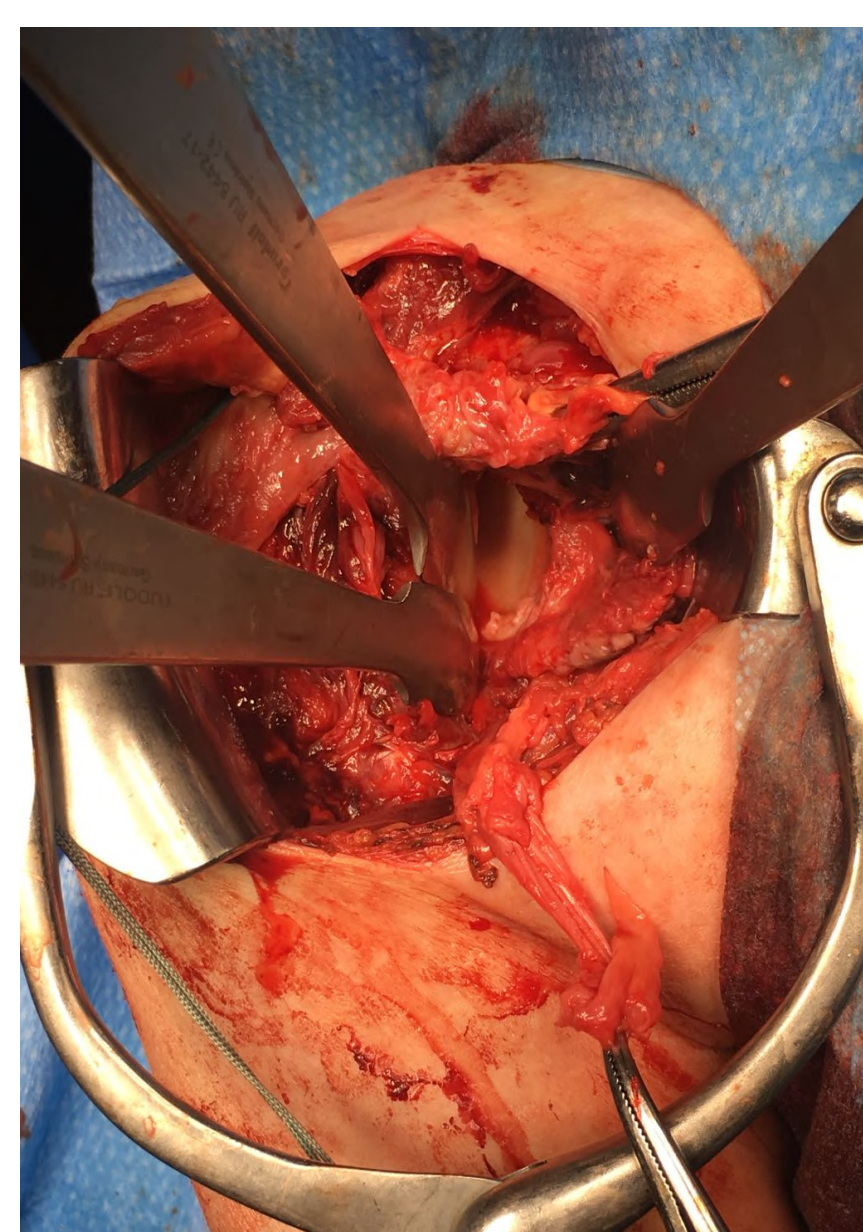


Fig. 6: Glena libre de ocupación

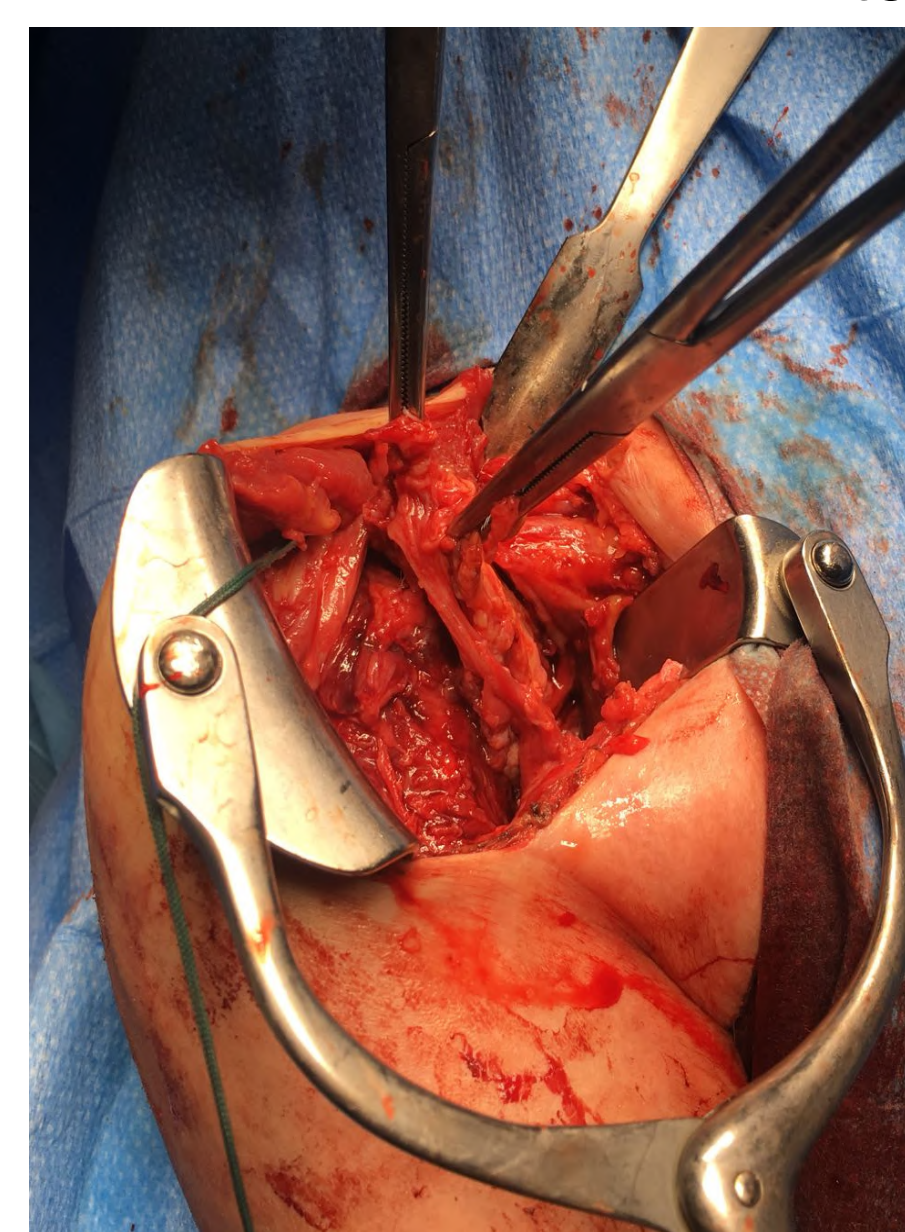


Fig. 7: Una vez realizada la reducción

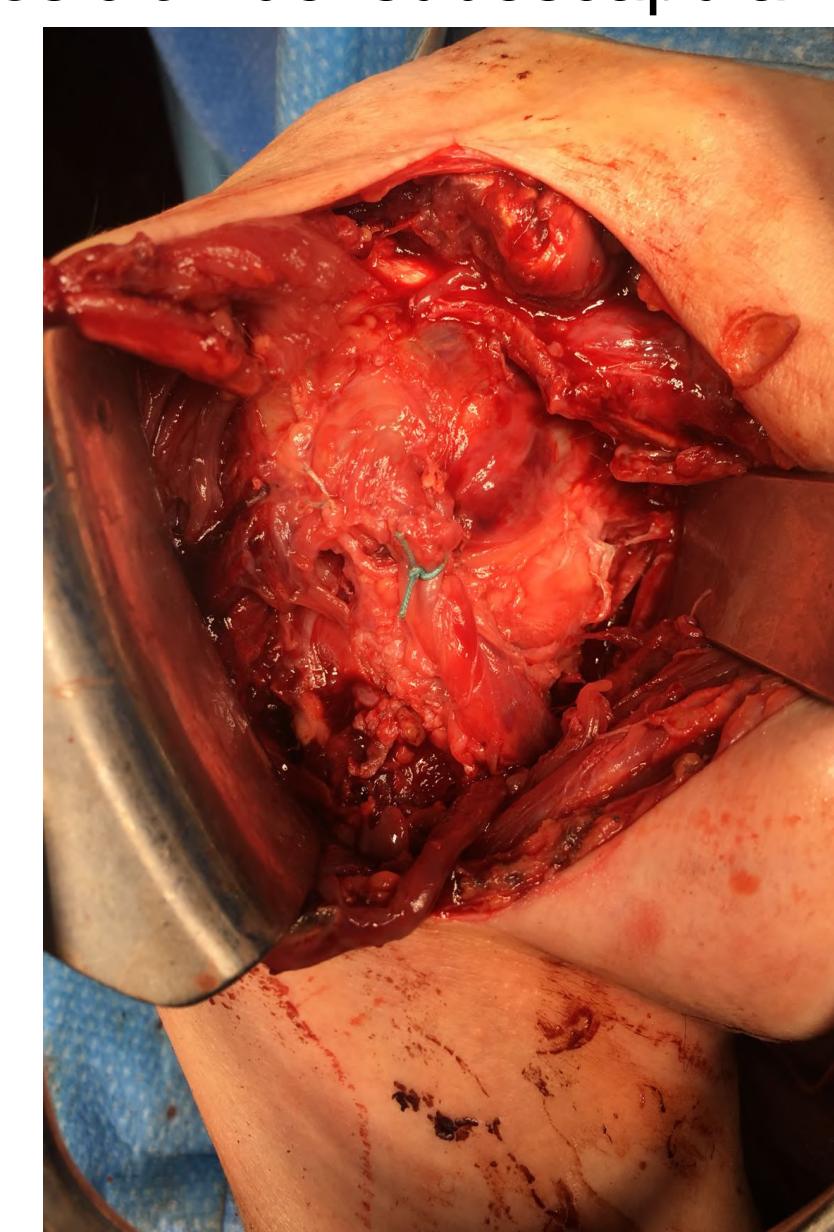


Fig. 8: Reanclaje del subescapular + tenodesis PLB



Fig. 9: Control Rx postintervención

CONCLUSIONES: Como diagnósticos diferenciales, se podría pensar en la interposición de fragmentos óseos que se descartaron con el estudio radiográfico y con TC; la interposición del subescapular y de la luxación de PLB se sospecho ante cuadro clínico y se confirma con la RNM y durante la cirugía.

En la revisión de la literatura, la interposición de la porción larga del bíceps se suele producir de manera aislada o asociada a fracturas de troquíter o troquín en caso de interposición del subescapular. En cualquier caso no hemos encontrado descritos la combinación de estas lesiones de partes blandas, y sin asociar fracturas en un mismo paciente.