

LUXACIÓN POSTERIOR DE HOMBRO BILATERAL

Sánchez Carrasco MA (1), Nicolás Serrano G (2), Fontao Fernandez L (1), Sánchez López S (3), Qudsi Sinclair S (4), Ferrero Manzanal F (1)

(1) Hospital Universitario Santa Lucía - Cartagena (Murcia); (2) Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor - San Javier (Murcia); (3) Hospital Rafael Mendez -Lorca (Murcia); (4) Hospital de Hellín - Hellín (Albacete)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La luxación posterior de hombro puede pasar desapercibida debido a un mal estudio radiográfico o una presentación clínica atípica.

VARIABLES como tiempo de evolución, tamaño de la lesión, lesiones asociadas, edad, balance articular, y experiencia del cirujano deben ser tenidas en cuenta a la hora de enfocar el tratamiento de este tipo de lesiones.

El objetivo es transmitir la importancia de la cronicidad de la lesión y tamaño del defecto producido en una luxación posterior de hombro y la repercusión que esto tiene en el tratamiento definitivo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 68 años que es diagnosticado de luxación posterior subacromial de hombro bilateral, secundaria a crisis epiléptica, que inicialmente pasó desapercibida. Para completar el estudio radiológico se realizó un TAC que pone de manifiesto una lesión de Hill-Sachs invertida bilateral. En el hombro derecho el defecto anteromedial de la cabeza humeral correspondía aproximadamente a un 40% de la superficie articular, mientras que en el izquierdo a un 20%.

Desde el punto de vista clínico el paciente presentaba una inestabilidad recurrente en el hombro derecho, no ocurriendo lo mismo en el izquierdo, que era más estable.

El paciente fue intervenido, realizándose la técnica de McLaughlin en el hombro izquierdo (transferencia del tendón del subescapular al defecto) y de McLaughlin modificada en el derecho (transferencia de la tuberosidad menor con el subescapular insertado al defecto). Tras la cirugía el paciente fue valorado por el servicio de rehabilitación.

RESULTADOS:

Los resultados clínicos y radiológicos evaluados a los 12 meses de la cirugía fueron satisfactorios, el paciente se encuentra asintomático, con un balance articular aceptable que le permite realizar las actividades cotidianas. Si bien es cierto, el hombro izquierdo presenta un mayor rango de movilidad que el derecho.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Hemos de tener en cuenta el tamaño del defecto y la cronicidad de la lesión a la hora de decidir la técnica definitiva en estas lesiones. En lesiones muy evolucionadas o grandes defectos (> 40% superficie) quedan descartadas las técnicas anteriormente mencionadas, teniendo que recurrir al reemplazo protésico.

