

# LUXACIÓN ANTERIOR TRAUMÁTICA DE HOMBRO, PATOLOGÍA POTENCIALMENTE GRAVE E INVALIDANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO, REVISIÓN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

Autores: José Tamaral Carmona, Ana Cendrero Torrado, María Palomares Morente, María Belén Durán Carranza

## Objetivos

A menudo las luxaciones glenohumerales se tratan como patología benigna, incluso sin asignar revisión en consulta de traumatología en ocasiones. Revisemos las posibles complicaciones de la luxación glenohumeral anterior, usando un caso propio como guía.

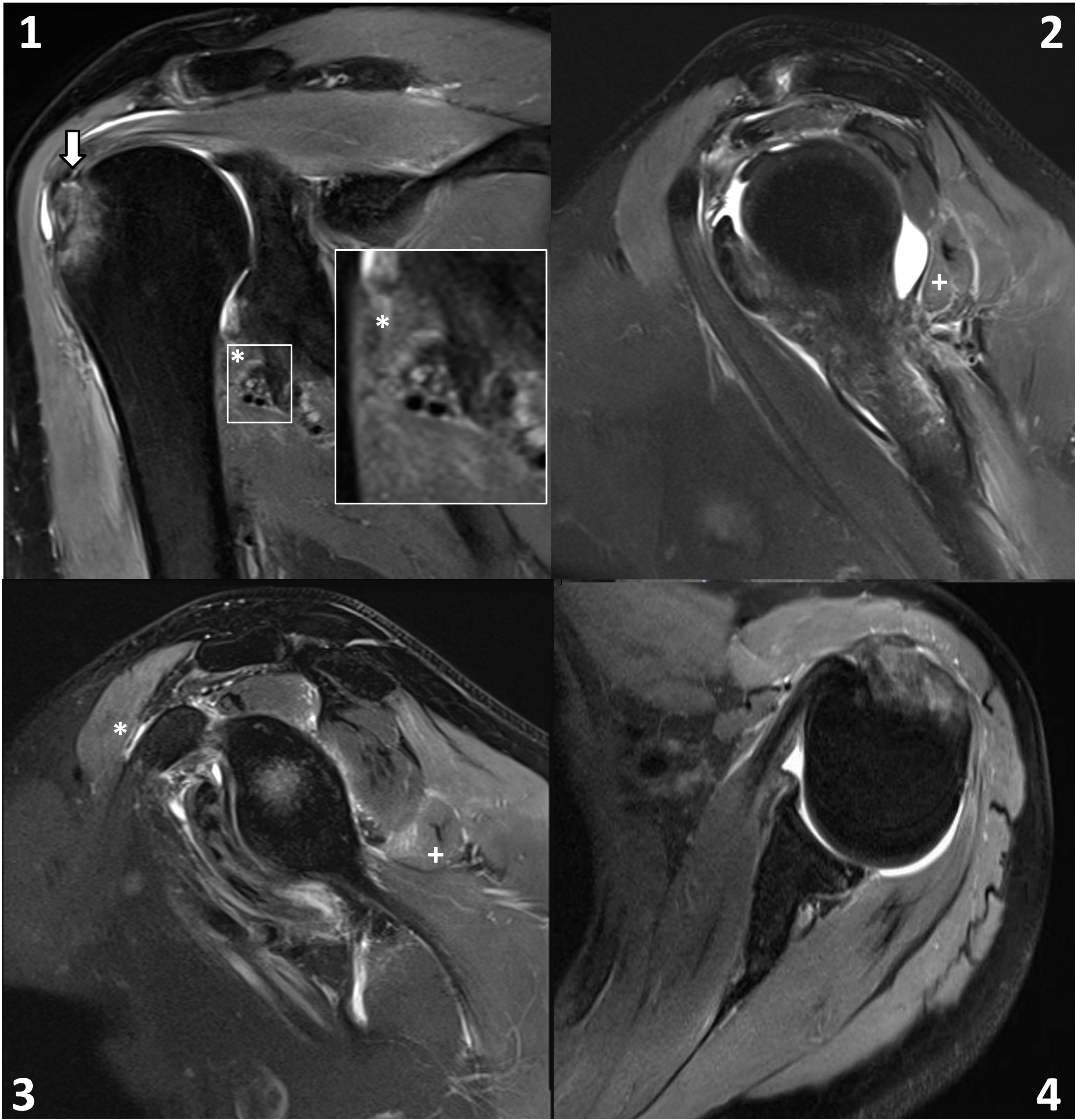


Imagen 2: RNM secuencias T2. 1: coronal, 2: sagital a nivel de húmero, 3: sagital a nivel de glena, 4: axial. Edema en vientres musculares deltoides y redondo menor (+), en relación con afectación traumática del espacio cuadrilátero y neuropatía axilar (\*). Cambios edematosos en el hueso secundarios a la existencia de una fractura-arrancamiento del troquíter (↯).



Imagen 3: Procedimiento de infiltración del nervio supraescapular guiado ecográficamente.

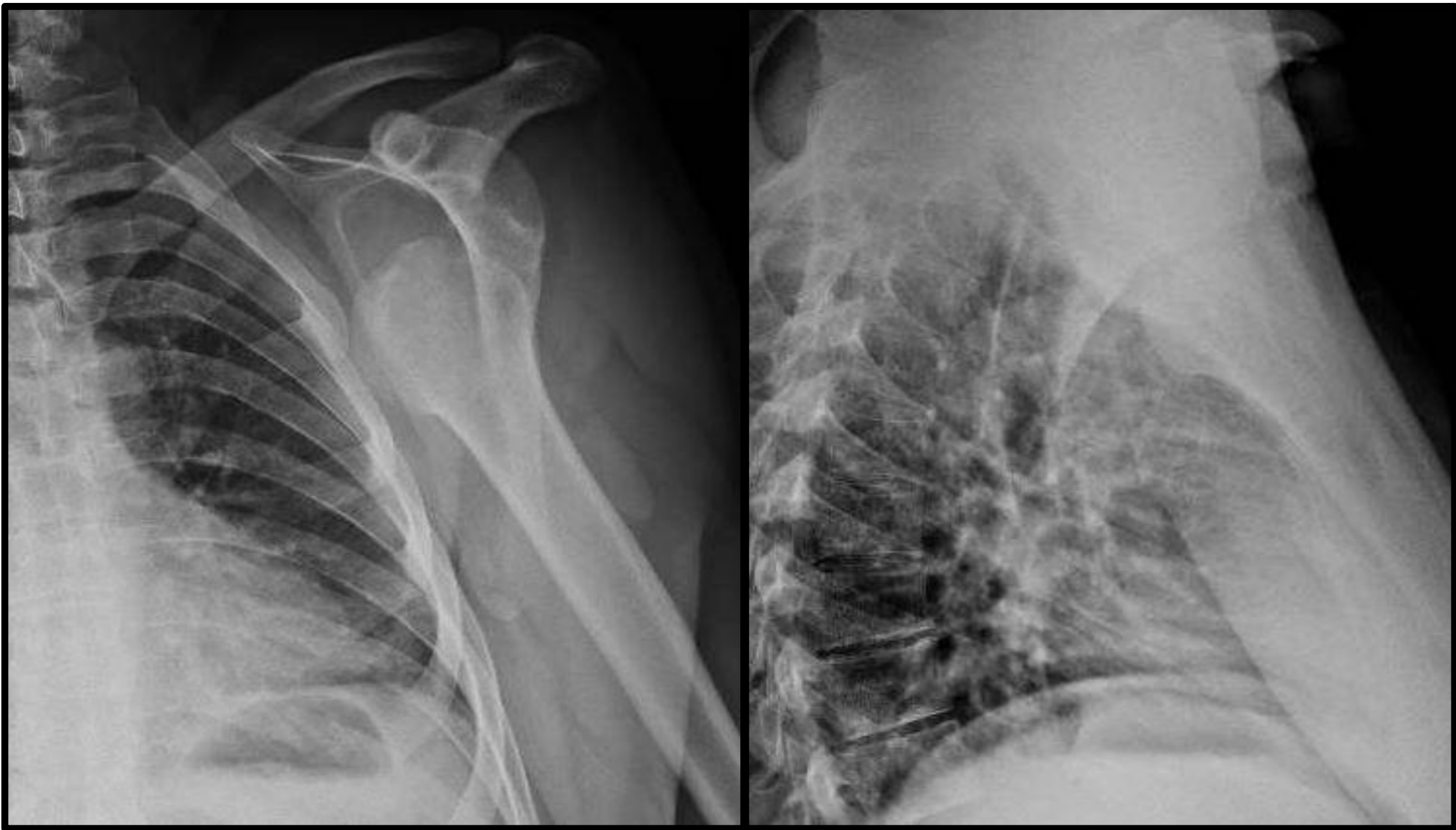


Imagen 1: Rx AP y L de hombro izquierdo. Se aprecia luxación glenohumeral anterior.

## Material y Metodología

Paciente varón de 48 años, sin antecedentes de interés, que acude por caída desde propia altura con traumatismo sobre hombro izquierdo. Presenta dolor e impotencia funcional total del mismo, así como deformidad en charretera. El estado neurovascular es correcto en todo momento. Se confirma mediante radiología simple el diagnóstico de luxación glenohumeral anterior con fractura-avulsión de troquíter no desplazada. La articulación es reducida con resultado clínico satisfactorio y radiológico satisfactorio. Tras 15 días, el paciente refiere un cuadro de impotencia funcional, dolor intenso y parestesias en territorio radial y axilar, así como imposibilidad para abducción y mano caída. Recetamos órtesis en extensión de muñeca y es derivado a rehabilitación de forma urgente. El EMG a las 3 semanas presenta plexopatía braquial difusa, con mayor afectación en musculatura de los nervios dependientes del cordón posterior, como el nervio axilar (pérdida axonal completa) y el nervio radial (denervación parcial muy severa). El estudio con RNM confirma contusión del mismo. Pese a mejoría inicial de clínica sensitiva y extensión de muñeca, a los dos meses persiste imposibilidad para la abducción pasiva  $>30^\circ$ , así como a la rotación externa de hombro ( $20-30^\circ$ ) y dolor intenso. Bajo sospecha de capsulitis adhesiva, se realiza bloqueo del nervio supraescapular guiado por ecografía, consiguiendo una mejoría inmediata de abducción ( $90^\circ$ ) y rotación externa ( $60^\circ$ ).

## Resultados

En la actualidad, el paciente continúa en rehabilitación con buena evolución, planteándose la posibilidad de nueva infiltración o hidrodilatación articular ecoguiada.

**Conclusiones:** La luxación glenohumeral es una patología frecuentemente subestimada. No obstante, entraña potenciales complicaciones que pueden comprometer la calidad de vida de los pacientes. El conocimiento de dichas incidencias y sus correspondientes opciones terapéuticas es una herramienta clave para cualquier traumatólogo.