

LUXACION GLENO-HUMERAL INFERIOR BILATERAL : A PROPOSITO DE UN CASO

William Benavente Lazo, Sonia Belles
Hospital General de Castellón

- **Introducción:** La luxación glenohumeral inferior o luxación erecta representa menos de 0.5% de las luxaciones de hombro; la presentación bilateral es menos frecuente (menos de 10 casos representados en la literatura) Presentamos un caso de luxación bilateral erecta tratada mediante reducción cerrada.
- **Caso Clínico:** Mujer de 68 años de edad, sin antecedentes de interés acude a urgencias del hospital traída por SAMU, refiere caída casual desde una escalera mientras colocaba las cortinas, según refiere presentaba ambos brazos hiperabduccion al caer. Presenta dolor e incapacidad para descender su brazos de esta elevada posición.

LUXACION GLENO-HUMERAL INFERIOR BILATERAL : A PROPOSITO DE UN CASO

William Benavente Lazo, Sonia Belles

Hospital General de Castellón

- **Al examen físico** se presenta hiperabduccion de ambos brazos, dolor edema y equimosis en axilas. Ambas cabezas humerales se pueden palpar en ambas fosas axilares (Fig.1). Presenta parestesia en territorio mediano de ambas manos, resto del examen neurologico normal, pulsos radial y cubital presentes.



Fig. 1

LUXACION GLENO-HUMERAL INFERIOR BILATERAL : A PROPOSITO DE UN CASO

William Benavente Lazo, Sonia Belles

Hospital General de Castellón

- **Radiográficamente** se observa luxación inferior de ambas cabezas humerales con respecto a la fosa glenoidea (Fig.2)
- Se realiza reducción cerrada bajo anestesia general y control con escopia, El examen neurovascular post reducción es correcto, se inmoviliza con sling bilateral. En radiografías control se observa fractura arrancamiento de troquíter izquierdo (Fig. 3)

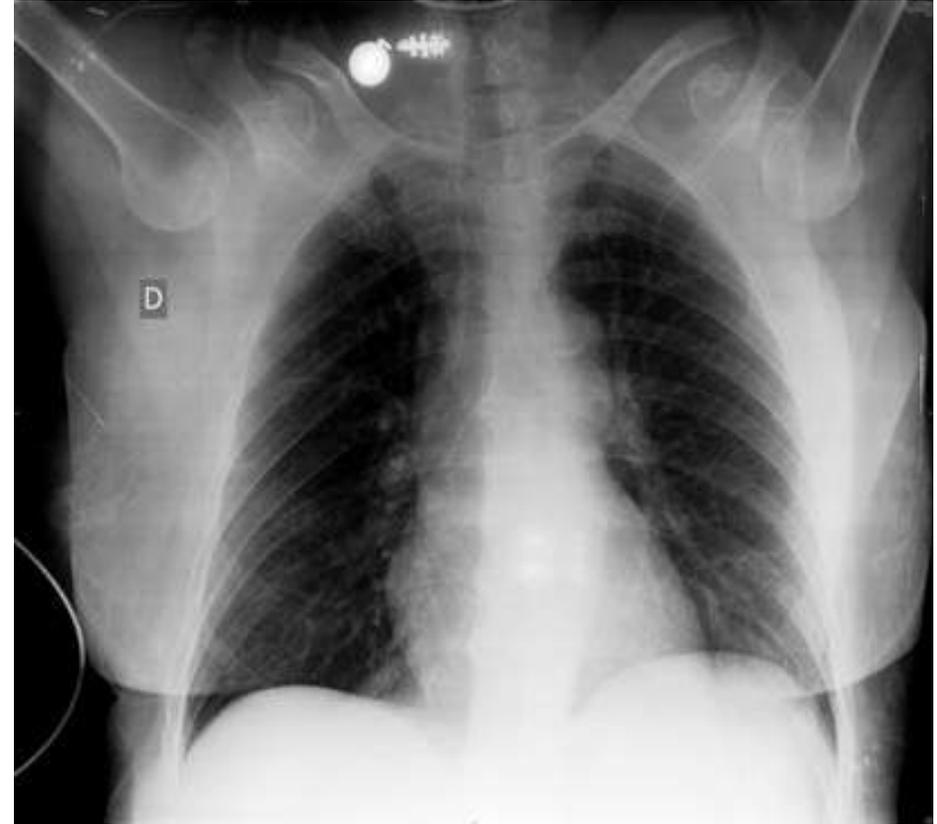


Fig.2

LUXACION GLENO-HUMERAL INFERIOR BILATERAL : A PROPOSITO DE UN CASO

William Benavente Lazo, Sonia Belles

Hospital General de Castellón

- TAC: fractura arrancamiento de troquiter con desplazamiento $>$ a 2cm. (Fig. 4).
- En un segundo tiempo se realizo reducción de troquiter con sutura transosea
- Se inmoviliza con sling bilateral por 3 semanas y se inicio de rehabilitación.
- A los 8 meses de evolución, el balance articular abd 30° , ante pulsión 25° , retropulsión 20° rotación interna S1, limitación para rotación externa

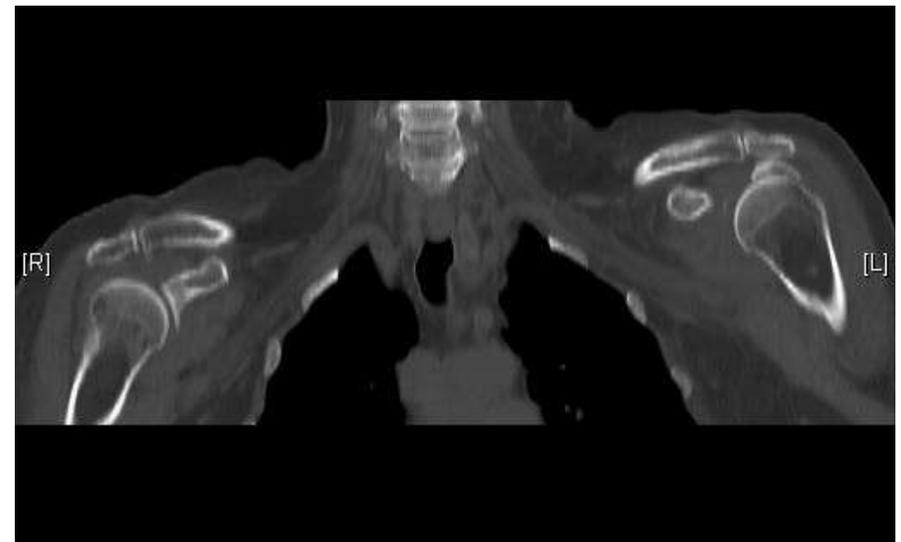


Fig. 3 y Fig 4

LUXACION GLENO-HUMERAL INFERIOR BILATERAL : A PROPOSITO DE UN CASO

William Benavente Lazo, Sonia Belles

Hospital General de Castellón

Conclusiones:

- La luxación glenohumeral bilateral erecta es sumamente rara, William J. Mallon encontró 4 casos bilaterales en una revisión de 86 casos de luxación erecta.
- Se produce por fuerzas en hiperabducción como resultado de una caída, una opción de tratamiento es la reducción bajo fluoroscopia y la inmovilización por 2 a 4 semanas e inicio de rehabilitación.
- Se asocia frecuentemente a fracturas de tuberosidad mayor y lesiones manguito de los rotadores, las lesiones neurológicas son muy comunes y generalmente se resuelven espontáneamente, las lesiones vasculares son menos comunes.
- A pesar de los buenos resultados mostrados en la literatura mediante la reducción cerrada en nuestro caso los resultados no son muy alentadores.

Bibliografía: William J Mallon, Luxation Erecta JOT 1990, Shane J. Nho, MD, Christopher C. Dodson The Two-Step Maneuver for Closed Reduction of Inferior Glenohumeral Dislocation (Luxatio Erecta to Anterior Dislocation to Reduction) TECHNICAL TRICK, **Sinan Karaoglu • Ahmet Guney • Mustafa Ozturk • Zeynep Kekec** Bilateral luxatio erecta humeri Case Report, Case Report **Bilateral Luxatio Erecta Complicated by Venous Thrombosis** Ryan Garcia, MD, Todd Ponsky, Axillary artery injury in Erect dislocation A. Lev- El. THE JOURNAL OF TRAUMA