

“Luxación aguda anterior bilateral del hombro por traumatismo de baja energía en mujer de 70 años. A propósito de un caso “.

R. Lax Perez¹; F. Ferrero Manzanal¹; A. Murcia Asensio¹; F. Saura Sanchez¹; F. Lajara Marco²; A. Corraliza Zamorano².

Hospital Santa Lucía (Cartagena)¹
Hospital Vega Baja (Alicante)²



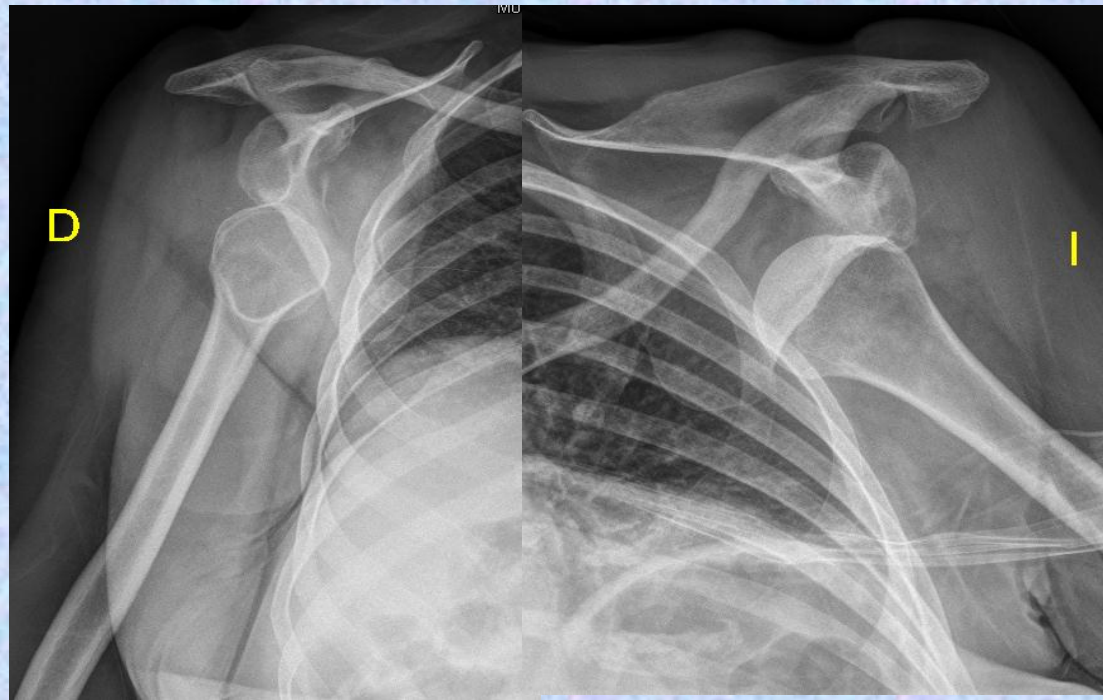
Introducción:

Aunque la luxación glenohumeral anterior es un cuadro frecuente en los servicios de urgencias, su presentación bilateral constituye un hecho infrecuente¹. Suele presentarse en hombres jóvenes². Se asocia a traumatismos de gran intensidad², deportistas de lanzamiento de peso³, contracturas musculares extremas secundarias a crisis convulsivas por cuadros de hipoglucemia⁴, epilepsia⁵, síncope, descargas eléctricas⁶ o terapia de electroshock, pacientes con enfermedades neuromusculares⁷ y alteraciones psiquiátricas⁸. Las luxaciones bilaterales debidas a contracciones musculares violentas con más frecuencia suelen ser de localización posterior y acostumbran asociarse a fractura ósea¹. Presentamos el caso de una paciente de 70 años, que sufrió una luxación anterior de hombro bilateral como consecuencia de un traumatismo de baja energía, sin asociarse ninguna otra lesión.

Caso Clínico:

Mujer de 70 años, sin antecedentes de interés, que sufrió una caída casual apoyando ambos brazos contra el suelo, para protegerse del impacto. Los brazos se encontraban en ligera aducción y rotación externa al impactar contra el suelo, lo que favoreció la luxación bilateral de hombros. A su llegada a Urgencias, la paciente presentaba deformidad en charretera de ambos, con dolor e impotencia funcional. No presentó alteraciones vasculonerviosas distales. Se realizó estudio radiográfico (proyecciones A/P y transtoracica de hombros) observando, la luxación bilateral anterior de hombros (Figura1).

“Luxación aguda anterior bilateral del hombro por traumatismo debaja energía en mujer de 70 años.
A propósito de un caso “.



“Luxación aguda anterior bilateral del hombro por traumatismo debaja energía en mujer de 70 años. A propósito de un caso “.

Caso Clínico:

Se procedió a la reducción de la doble luxación, mediante la maniobra de Kocher , inmovilización mediante un cabestrillo bilateral (Figura 2) y el control radiográfico postreducción (figura 3). Se mantuvo el cabestrillo durante 3 semanas, permitiendo la retirada de este para el aseo personal y la flexo-extensión del codo. Al mes la paciente realizaba sus tareas habituales.



“Luxación aguda anterior bilateral del hombro por traumatismo debaja energía en mujer de 70 años. A propósito de un caso “.



R. Lax Perez¹; F. Ferrero Manzanal¹; A. Murcia Asensio¹; F. Saura Sanchez¹; F. Lajara Marco²;
A. Corraliza Zamorano².

Hospital Santa Lucía (Cartagena)¹
Hospital Vega Baja (Alicante)²



Discusión:

El hombro es la articulación del cuerpo que más frecuentemente se luxa, suponiendo el 50% de todas las luxaciones. Esto se debe a que la articulación glenohumeral presenta una mayor movilidad, a expensas de una menor estabilidad. Es más frecuente en varones jóvenes. En pacientes mayores se asocia frecuentemente con fracturas del troquíter¹. La luxación unilateral de hombro es una lesión muy habitual en los servicios de urgencias; sin embargo, la luxación bilateral de ambos hombros, con o sin fracturas de húmero asociadas, es rara. Aproximadamente el 90% de las luxaciones unilaterales de hombro son anteriores, y el resto posteriores o más raramente inferiores (luxatio erecta)². La luxación de la articulación glenohumeral se puede acompañar de lesión vascular o nerviosa distal y/o fracturas de húmero (troquíter, cuello humeral), sobre todo las erectas, que se asocian a algún grado de afectación neurológica hasta en el 60% de los casos. Con la edad, existe una menor masa muscular y ante traumatismo de baja energía se puede producir la luxación del hombro como el caso que presentamos.

“Luxación aguda anterior bilateral del hombro por traumatismo debaja energía en mujer de 70 años. A propósito de un caso “.

R. Lax Perez¹; F. Ferrero Manzanal¹; A. Murcia Asensio¹; F. Saura Sanchez¹; F. Lajara Marco²;
A. Corraliza Zamorano².
Hospital Santa Lucía (Cartagena)¹
Hospital Vega Baja (Alicante)²



Bibliografía:

1. *Marty B, Simmen HP, Kach K, Trentz O.* Bilateral anterior dislocation fracture after an epileptic seizure. A case report. *Unfallchirurg* 1994;97:382-4.
2. *Mathis RD.* Bilateral shoulder dislocation: an unusual occurrence. *J Emerg Med* 1990;8:41-3.
3. *Cresswell TR, Smith RB.* Bilateral anterior shoulder dislocations in bench pressing: an unusual cause. *Br J Sports Med* 1998;32:71-2.
4. *Litchfield JC, Subhedar VY, Beevers DG, Patel HT.* Bilateral dislocation of the shoulders due to nocturnal hypoglycaemia. *Postgrad Med J* 1988;64:450-2.
5. *Ribbans WJ.* Bilateral anterior dislocation of the shoulder following a grand-mal convulsion. *Br J Clin Pract* 1989;43:181-2.
6. *Gali F, Molina A, Felipe D, Andolz M.* Bilateral luxation of the shoulder and epiphyseal detachment caused by an electrical discharge. *Med Clin* 1986;87:820.
7. *Gazdzik T.* A case of recurrent bilateral shoulder dislocation in a patient with Felty's syndrome. *Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol* 1996;61:531-3.
8. *Costigan PS, Binns MS, Wallace WA.* Undiagnosed bilateral anterior dislocation of the shoulder. *Injury* 1990;21:409
9. Dlimi F, Rhanim A, Lahlou A. [Bilateral anterior dislocation of the shoulders at the start of a backstroke competition.](#) *J Orthop Traumatol.* 2012 Mar;13(1):47-9. Epub 2012 Feb 9.
10. Tripathy SK, Sen RK, Aggarwal S, Dhatt SS, Tahasildar N. [Simultaneous bilateral anterior shoulder dislocation: report of two cases and review of the literature.](#) *Chin J Traumatol.* 2011 Oct 1;14(5):312-5