

LUXACIÓN GLENOHUMERAL POSTERIOR BILATERAL

Ballester Gimenez, J. J. Díaz Martínez, J.V

Hospital Obispo Polanco. Teruel

Introducción

- Luxación glenohumeral posterior < 3%
- Mayoría de casos pasan desapercibidos
- Principalmente origen TRAUMÁTICO
- Secundarios a: Episodios convulsivos, crisis comiciales, descargas eléctricas

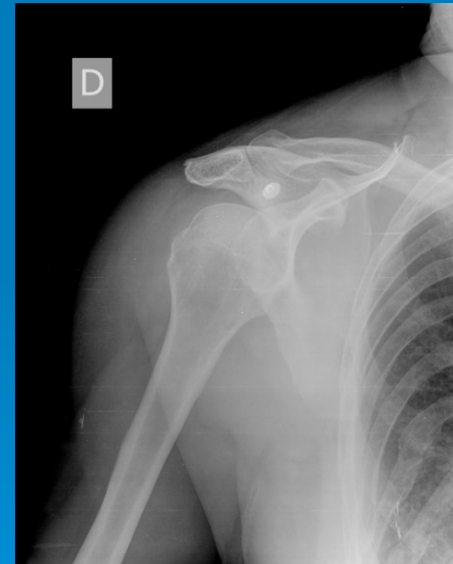
Materiales y Métodos

- Varón 50 años
- Acude a urgencias traído por 061 tras crisis comicial, con dolor en ambas ES
- Refiere estrés emocional en últimas semanas
- A la inspección presenta tumefacción e impotencia funcional, encontrándose ambas extremidades en aducción y rotación interna
- A la palpación se intuyen ambas cabezas en región posterior, posible luxación glenohumeral posterior
- Se pidieron proyecciones radiológicas AP y transtorácica

Ballester Gimenez, J. J. Díaz Martínez, J.V
Hospital Obispo Polanco. Teruel

Resultados

- Tras varios intentos infructuosos de reducción en el servicio de urgencias se decide la reducción en quirófano bajo anestesia general, con control radiológico por escopia
- Tras la reducción, y previa comprobación de la estabilidad articular se procede a inmovilización con cabestrillo en posición de adducción y rotación interna
- La evolución cursó con normalidad retirándose la inmovilización pasadas 3 semanas e iniciando los ejercicios de rehabilitación



Ballester Gimenez, J. J. Díaz Martínez, J.V
Hospital Obispo Polanco. Teruel

Conclusiones

- Ante un paciente con episodio de crisis comicial que acude a urgencias con dolor e impotencia funcional de ambas extremidades superiores encontrándose estas en posición de adducción y rotación interna, la primera patología en la que deberíamos pensar es la luxación genohumeral posterior bilateral
- Más del 50% de las luxaciones posteriores pasan desapercibidas, lo que dificulta el tratamiento y empeora el pronóstico