

# “LUXACIÓN GLENOHUMERAL POSTERIOR ASOCIADA A FRACTURA DE TROQUITER BILATERAL”

DANIEL MARTÍNEZ MURCIA, GUILLERMO ZABALETA MARTÍNEZ , MIGUEL CARRATO GÓMEZ , LAURA FERNÁNDEZ MARTÍN , MARTA GUTIERREZ GARCÍA

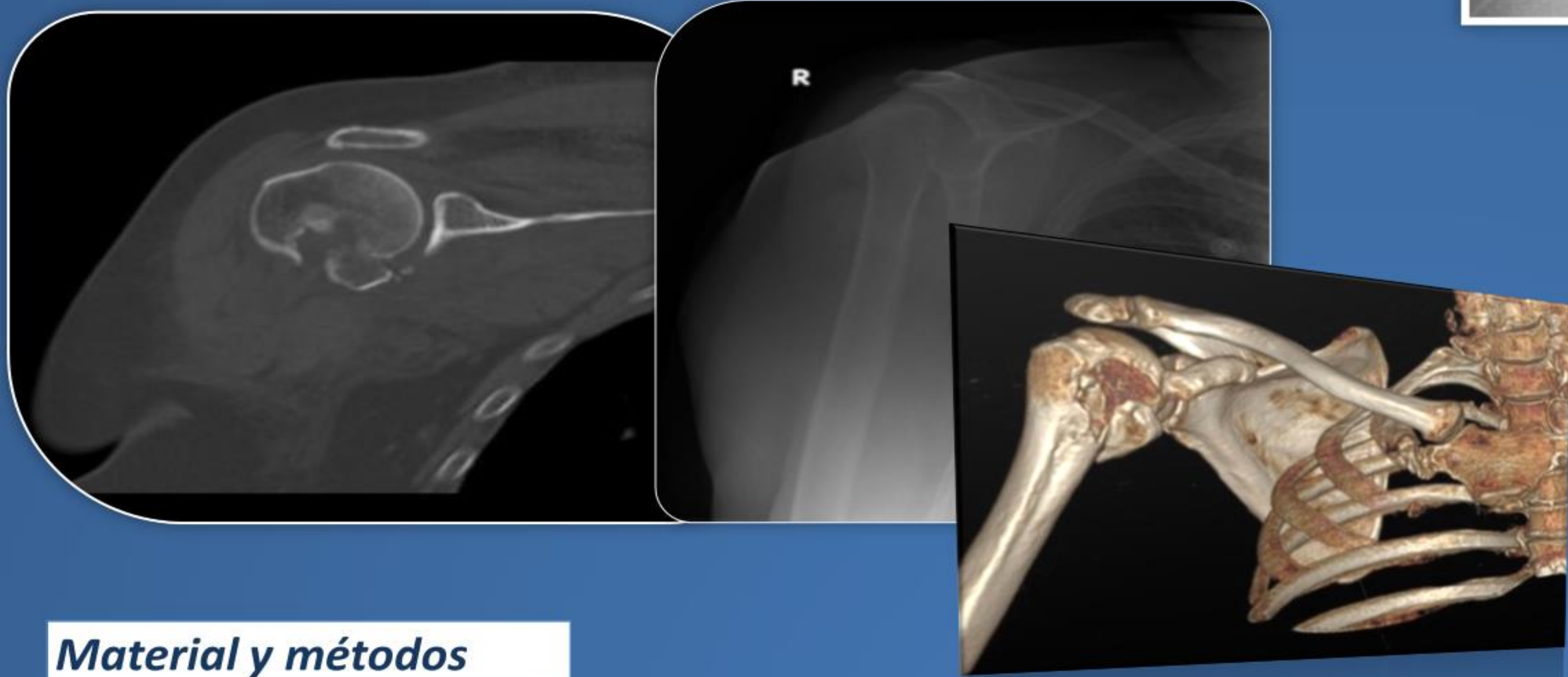


## Introducción

La luxación glenohumeral posterior comprende menos del 3% de las luxaciones glenohumerales, en algunas series hasta en el 50% pasan desapercibidas en la urgencia, en un alto porcentaje van asociadas a fractura.



Estudios radiográficos y tomográficos prequirúrgicos



## Objetivo

Reportar el caso de una paciente con crisis epiléptica que tras cese de tratamiento antiepiléptico sufrió episodio de fractura de troquín y luxación glenohumeral posterior, revisando su historia previa había presentado ya episodio 5 años atrás con las mismas características en el miembro contralateral, describir el mecanismo de fractura, su tratamiento y su evolución.

## Material y métodos

Paciente mujer de 67 años que acude a urgencias por crisis comicial tras cese del tratamiento antiepiléptico con dolor en hombro derecho, tras estudio radiográfico presentó fractura de troquín y luxación glenohumeral posterior ( Neer VI-A) , había presentado mismo episodio en hombro izquierdo 5 años atrás también tras la suspensión parcial del tratamiento antiepiléptico. Tras una revisión bibliográfica, encontramos un consenso en el mecanismo de fractura tratándose de una contracción involuntaria del músculo subescapular para resistir la abducción y la rotación externa, lo que genera una fuerza de tracción sobre el troquín, están descrito casos incluso durante el sueño. En cuanto a las opciones de tratamiento posteriores a la reducción, se describe la inmovilización con ortesis de control de rotaciones “en apretón de manos” o tratamiento quirúrgico y fijación con tornillos de osteosíntesis siempre que presenten desplazamiento mayor a 5 mm o 45° de angulación, bloqueo al movimiento o debilidad clínica significativa.



## Resultados

Nuestra paciente requirió reducción bajo sedación y control escópico, se optó por osteosíntesis con tres tornillos canulados de pequeños fragmentos, posteriormente se le reinstauró el tratamiento antiepiléptico y se le inmovilizó durante tres semanas con ejercicios de movilidad activa evitando la rotación externa, permitiendo posteriormente la movilidad completa a las seis semanas, con buen resultado funcional.

Control postquirúrgico: Izquierda 5 años antes, derecha episodio actual, con sus respectivas reconstrucciones prequirúrgicas

## Conclusiones

En la mayoría de los casos reportados en la literatura se optó por reducción abierta y fijación interna, con buenos resultados clínicos. El tratamiento conservador con ortesis, puede ser una opción para las fracturas no desplazadas con resultados descritos satisfactorios, aunque mal tolerados por los pacientes por la posición de inmovilización. Destacar que la rehabilitación precoz para evitar rigidez de la articulación glenohumeral y el cumplimiento del paciente son fundamentales para conseguir un éxito en el tratamiento, independientemente de la opción elegida.

### Bibliografía:

- Cicak N. Posterior dislocation of the shoulder. J Bone Joint Surg. 2004;86-B:324-3
- Ogawa K, Takahashi M. Long-term outcome of isolated lesser tuberosity fractures of the humerus. J Trauma. 1997;42:955–9
- Jfl Marco et al Fractura avulsión del troquin humeral Rev Esp Cir Osteoart 1993; 28: 197-200
- Wu GB, Wang SQ, Wen SW, Yu GR. Isolated avulsion of fracture of lesser tuberosity humerus: a case report and review of the literature. Int J Clin Exp Med. 2014;7:780–784.
- Tosun B, Kesemenli CC. Isolated avulsion fracture of lesser tuberosity of the humerus: Review of the literature and report of two cases. Int J Shoulder Surg 2011;5:50-3.
- Robinson CM, Teoh KH, Baker A, Bell L Fractures of the lesser tuberosity of the humerus. J Bone Joint Surg Am. 2009 Mar 1;91(3):512-20. doi: 10.2106/JBJS.H.00409.

