

FRACTURA DE GLENA BILATERAL ASOCIADA A LUXACION GLENOHUMERAL.
A PROPOSITO DE UN CASO

Ismael Rahmuni Del Pozo; Tomas Losa Cuadrado; Raúl Zapata Rodrigo; Ignacio González Gómez; Juan Pablo Aguado Fernández; Alvaro Minuesa Asensio

INTRODUCCION

Las fracturas de escapula suponen una entidad poco frecuente en traumatología, en torno al 1% de las fracturas; dentro de estas, las fracturas del cuerpo y espina suponen el 50% mientras que las fracturas de la glena suponen el 10%. Su bilateralidad es aún menos frecuente. Es frecuente que estén asociadas con mecanismos de alta energía, presentando en torno a un 80-90% de ocasiones, lesiones asociadas. La clasificación clásica y más usada, es en función de su localización: cuerpo, cuello, glena, acromion y coracoides. Con vistas al tratamiento, Ideberg clasificó las fracturas de glena en 6 tipos. Para su diagnóstico: radiografías tipo Neer I y II, así como TC o RM en algunas ocasiones.

OBJETIVOS

Exponer el manejo y evolución del caso clínico de una paciente obesa con una fractura de glena bilateral tipo IA según Ideberg con luxación glenohumeral bilateral.



MATERIAL Y METODOS

Mujer de 49 años, acude a urgencias de nuestro hospital, tras sufrir caída desde su propia altura apoyando los dos brazos. A la exploración presenta deformidad en charretera bilateral e intenso dolor. La paciente es diagnosticada de luxación glenohumeral bilateral, asociada a fractura de glenoides bilateral y troquiter izq. De manera urgente, se realiza reducción de la luxación glenohumeral bilateral bajo sedación. De forma programada, se intervienen ambas glenas y troquiter; a través de abordaje deltopectoral, realizando apertura del subescapular, se realizan reducción y síntesis con 2 tornillos de rosca parcial de Biomet y arandelas, de ambas glenas. En el hombro izquierdo se realiza síntesis del troquiter mediante speedfix de descarga del supraespinoso, con FiberTape de compresión y fijación con Swivelock.

RESULTADOS

Se inmovilizó a la paciente con cabestrillos en rotación interna durante 3 semanas. Iniciando rehabilitación pasiva precoz. Tras 7 meses de evolución, existe consolidación de las fracturas, no inestabilidad residual y movilidad con rango funcional.

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico de las fracturas de glena, dependerá del tipo de fractura, de inestabilidades asociadas, de las características del paciente y en ocasiones del contexto, como la bilateralidad, que dificulta el manejo ortopédico. En nuestra experiencia, el tratamiento quirúrgico, permite un inicio precoz de la rehabilitación.

