

Displasia glenoidea bilateral dolorosa asociada a inestabilidad

Bilateral unstable painful glenoid hypoplasia

P. ZAMORA-NAVAS*, A. BORRAS VERDERA**, M.V. VARGAS***

*SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HU VIRGEN DE LA VICTORIA. MALAGA. **SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HU VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ***SERVICIO DE REHABILITACIÓN. HU VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Resumen. La hipoplasia glenoidea es una alteración relativamente infrecuente, de la que han sido descritos menos de 100 casos. Se comunica un caso de una enferma de 17 años de edad con clínica de dolor e inestabilidad en ambos hombros y hallazgo de displasia bilateral de cavidad glenoidea. Se realizó tratamiento conservador mediante pauta de refuerzo muscular con bandas elásticas de resistencia creciente con un resultado excelente calificado según puntuación de tabla de Rowe y cols, desapareciendo la sensación de inestabilidad y habiendo cedido la clínica álgica.

Summary. The glenoid hypoplasia is an uncommon condition. Less than 100 cases have been reported. We present the case of a 17 year old girl complaining of pain and instability in both shoulders and radiological findings of bilateral dysplasia of the glenoid. A non-operative treatment has been followed with an exercise program to strengthen the shoulder. This has been achieved with a progressive resistance rubber bands program. The final result has been excellent according to the appraisal table by Rowe et al., disappearing the instability sensation as well as the pain.

Introducción. La hipoplasia glenoidea es una alteración relativamente infrecuente, de la que han sido descritos menos de 100 casos, la serie mas larga es la aportada por Wirth y cols (1) con 16 casos. Su presentación de forma bilateral suele coincidir en el marco de múltiples procesos de base; mucopolisacaridosis, pseudocondroplasia, displasia epifisaria múltiple, displasia espondiloepifisaria tarda, pseudocondroplasia, displasia diastrófica, síndrome de Hurler, síndrome de Hunter, síndrome de Maroteaux Lamy. El hecho de ser una entidad que suele cursar asintómicamente hace pensar que su frecuencia sea mayor a la descrita. No obstante la aparición de signos de inestabilidad no es infrecuente.

El propósito de este trabajo es comunicar nuestra experiencia con un caso de hipoplasia bilateral de cavidad glenoidea que cursó con

clínica dolorosa y de inestabilidad.

Caso clínico. Enferma de 17 años de edad que consultó por presentar molestias en ambos hombros, con sensación de inestabilidad. La paciente realizaba una actividad escolar y deportiva sin limitaciones. Los episodios de inestabilidad fueron relatados como de luxación con bloqueo articular sin mediar la realización de ejercicios violentos, y en ningún caso habían precisado de la atención médica, habiendo sido autorreducidas en todos los casos y no seguidas de inmovilización.

La clínica dolorosa se presentaba fundamentalmente en las maniobras de abducción en el plano sobre la cabeza y a la rotación externa, no presentándose durante el reposo. En la movilidad de ambos hombros no se encontró limitación alguna.

Correspondencia:
Dr. P. Zamora-Navas
C/Pintor Sanches Cotán 7B
2908 Málaga

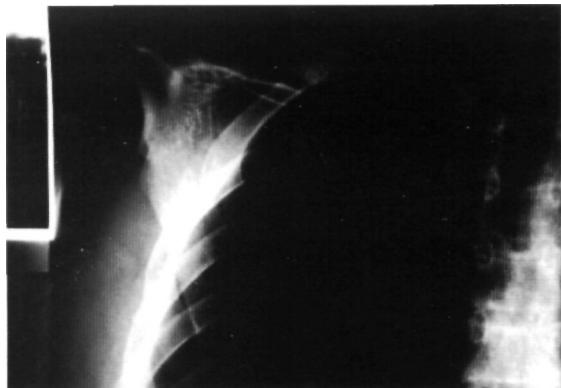


Figura 1. Hombro derecho. Hipoplasia tipo II.



Figura 2. Hombro izquierdo. Hipoplasia tipo I.

A la exploración local se encontró signo de aprensión positivo para ambos hombros con evidencia de desplazamiento anterior aumentado de la cabeza humeral (signo de Fukuda positivo). No se encontraron signos de inestabilidad multidireccional. No se hallaron alteraciones morfológicas externas que indujeran a la clasificación del trastorno local dentro de una malformación generalizada. En la historia personal o familiar de la paciente no se recogieron incidentes traumáticos ni al nacimiento, ni posteriormente, que pudieran ser relacionados con el proceso actual. Dentro de la exploración general se encontraron signos de hiperlaxitud en otras articulaciones, dedos de la

mano y rodilla.

La radiología convencional puso de manifiesto una alteración en la morfología de la cavidad glenoidea sin otros signos acompañantes de deformidad de la cabeza humeral o de la apófisis coracoides (Fig. 1 y 2). Se realizó estudio de resonancia magnética encaminado al establecimiento de posibles signos de luxación de hombro, siendo negativos.

La anomalía fue definida de tipo II, según la clasificación de Wirth y cols. (1)

Se instauró un tratamiento encaminado al refuerzo de la musculatura periarticular con

ejercicios contra resistencia de flexión, extensión, abducción, rotación interna y externa del hombro con bandas elásticas de resistencia creciente, Thera-Band®, según pauta descrita por Burkhead y cols. (2). Este proceso se extendió por un total de 18 semanas, en ambiente domiciliario.

La evolución de la enferma ha sido hacia la desaparición de la sintomatología álgica y de la sensación de inestabilidad, reintegrándose a su actividad normal.

Comentario. El desarrollo de la cavidad glenoidea está encomendado a dos núcleos de crecimiento, uno superior de aparición alrededor de los 10 años que se fusiona alrededor de los 15 años, momento de aparición del segundo, que con una forma de herradura invertida tiene otra sombra de calcificación central. Una alteración en este segundo núcleo de crecimiento parece ser el responsable de la morfología en esta hipoplasia glenoidea en nuestro caso.

No se han encontrado causas de tipo metabólico, traumático o relación familiar que puedan ser implicadas en la etiología de esta lesión, como han sido invocadas por otros autores (3,4).

Probablemente debido a la clínica de inestabilidad, el momento de presentación ha sido durante la segunda década de la vida, y no en edades posteriores (5).

La clínica de inestabilidad, esencial en nuestro caso, ha sido descrita con una frecuencia variable entre el 2% (6) y un 30% (1) y de tipo preferentemente multidireccional.

En cuanto a la asociación entre hiperlaxitud de otras articulaciones, hipoplasia glenoidea e inestabilidad articular, solo ha sido descrita con anterioridad en una ocasión(1).

Bibliografía

1. Wirth MA, Lyons FR, Rockwood ChA. Hypoplasia of the Glenoid. *J Bone Joint Surg* 1993; 75A:1175-84.
2. Burkhead, WZ, Jr; Rockwood ChA. Treatment of Instability of the Shoulder with an Exercise Program. *J Bone Joint Surg* 1992; 74A:890-6.
3. Neer CS II. Glenoid Hypoplasia. En: Reines L. Ed. *Shoulder Reconstruction*. Philadelphia, WB Saunders; 1990. pp 241-2.
4. Samilson RL. Congenital and Developmental Anomalies of the Shoulder Girdle. *Orthop Clin North America*, 1980;11:219-31.
5. Petterson H. Bilateral Dysplasia of the Neck of the Scapula and Associated Anomalies. *Acta Radiol Diag* 1981;22:81-84.
6. Kozlowsky K, Scougall J. Congenital Bilateral Glenoid Hypoplasia. *British J Radiol* 1987; 60:705-6.