

DEPARTAMENTO DE TRAUMATOLOGÍA Y C. O. HOSPITAL DE CRUCES.  
BARAKALDO (BIZKAIA)

Jefe de Dpto.: J. M. VILLAR DEL FRESNO

## Luxación recidivante posterior de hombro

V. GALÁN LABACA, M. A. GÓMEZ LUZURIAGA, J. L. MARTÍNEZ DE LOS MOZOS,  
P. ARMENDÁRIZ MENDIZÁBAL y J. M. VILLAR DEL FRESNO

### RESUMEN

La luxación recidivante posterior de hombro es una patología extremadamente rara, que representa menos del 1% de las luxaciones de hombro.

Estudiamos dos casos atendidos en nuestro hospital, que fueron tratados mediante la plicatura de la cápsula posterior y la colocación de un injerto como tope óseo. Los resultados obtenidos fueron excelentes.

Descriptores: Luxación recidivante posterior de hombro: técnica operatoria.

### SUMMARY

**Two patients with recurrent posterior dislocation of the shoulder are reported.**

**The surgical technique used is an overlapping of posterior capsule conjoined with a bone buttress.**

**Key words: Recurrent posterior dislocation of the shoulder. Recurrent posterior dislocation of the shoulder: surgical technique.**

Las luxaciones de hombro son accidentes extremadamente frecuentes y generalmente consecuencia de traumatismos importantes sobre la extremidad superior.

La luxación posterior, sin embargo, es extremadamente rara y representa menos del 5%.

MCLAUGHLIN, en un estudio sobre 581 luxaciones de hombro, halló 22 del tipo posterior; es decir, un 3,7% (6, 7, 8).

MOWERY en 1985, en un trabajo de revisión sobre 1.000 luxaciones, halló 47 posteriores, 9 de las cuales desarrollaron una luxación recidivante; es decir, el 1% (7).

A grandes rasgos, podemos dividir las luxaciones de hombro en dos grandes

grupos: Traumático y Habitual. A su vez, el tipo traumático se puede subdividir en agudo, inveterada y recidivante. (5).

### Material y método

Exponemos nuestra experiencia en el tratamiento de las luxaciones recidivantes posteriores de hombro, que se reduce a dos casos tratados en nuestro hospital entre 1982 y 1984.

*Caso n.º 1:* Varón de 21 años de edad con antecedentes drogodependientes. El enfermo refería una historia clínica de luxaciones posteriores de hombro sin ningún antecedente traumático. Ante un movimiento de rotación interna y discreta adducción, el paciente reproducía la luxación que le era indolora. No existía atrofia de la musculatura del hombro ni crepitaciones al explorar la amplitud articular. Los

estudios radiológicos, tanto en las proyecciones habituales como en la lateral axilar, eran normales. Los estudios de contraste de la articulación del hombro tampoco dieron resultados positivos. El diagnóstico final fue de luxación habitual de hombro que tras un período negativo de reeducación del paciente se intervino quirúrgicamente realizándose una plicatura de la cápsula posterior y colocándose un injerto como tope óseo.

**Caso n.º 2:** Enfermo varón, de 40 años de edad, sin antecedentes de interés, que refería una historia de luxaciones repetidas posteriores de hombro con un vago antecedente de traumatismo inicial. En la exploración, el paciente tenía la sensación de que el hombro se le iba a luxar al realizar un movimiento en rotación interna y adducción. Los estudios radiológicos practicados tanto en las proyecciones tradicionales como tras la inyección de un contraste no revelaban ningún dato de interés. Se le intervino quirúrgicamente, realizándose una plicatura de la cápsula posterior más la colocación de un injerto como tope óseo. Durante la intervención se observó la presencia de lesiones subcondrales en el reborde glenoideo. Finalmente, el diagnóstico fue de luxación recidivante traumática posterior.

## Discusión

En múltiples ocasiones, el diagnóstico entre las luxaciones recidivantes traumáticas y habituales puede ser difícil, planteando serios problemas al cirujano de diagnóstico diferencial. (5).

En el tipo traumático, el enfermo refiere casi siempre una historia clínica de traumatismo inicial o un ataque epiléptico. Suele manifestarse dolor en el momento de la luxación y generalmente, estos enfermos, no quieren reproducirla voluntariamente. El examen clínico es normal excepto por la aparición de dolor tras la rotación interna del hombro. La radiología puede ser normal, aunque en la proyección lateral axial puede aparecer un defecto en la parte anterior de la cabeza humeral o una lesión a nivel del reborde glenoideo. (4).

En el tipo habitual no existe una historia de traumatismo inicial, la edad de



FIG. 1 (A).— Radiografía antero-posterior de hombro de un enfermo de 21 años de edad, en la que se observa una luxación posterior de hombro.

comienzo suele ser más temprana, sobre el final de la adolescencia. La lesión puede ser bilateral y el enfermo muestra buena disposición si nosotros le pedimos que luxa el hombro; acto caracterizado, generalmente, por la ausencia de dolor. Los estudios radiológicos tanto en las tres proyecciones habituales (antero-posterior, trans-torácica y axilar) como en las realizadas con contraste son normales en la luxación habitual. (4, 5).

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos, diremos que han sido múltiples los descritos a lo largo de estos años. En general se pueden dividir en dos grandes grupos: aquellos que actúan sobre partes

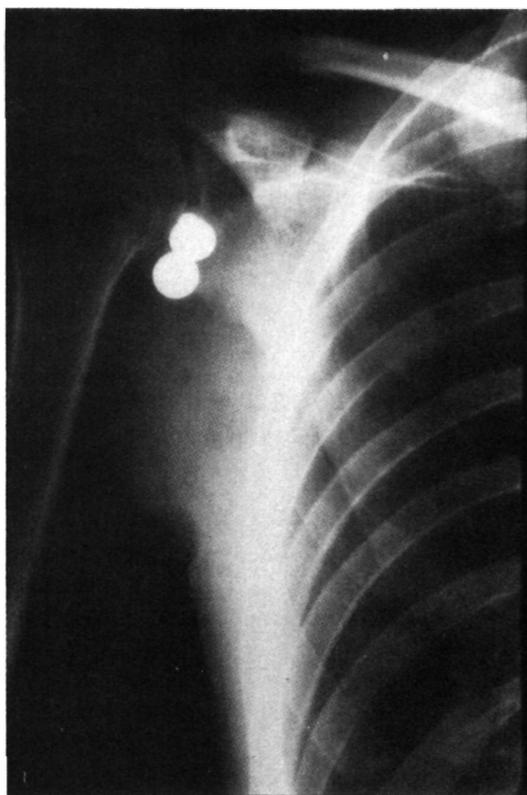


FIG. 2.— Imagen radiológica que nos muestra el injerto colocado como tope óseo posterior.

blandas y los que actúan sobre partes óseas.

Entre los primeros, citaremos a MCLAUGHLIN quién en 1952 proponía una tenodosis del subescapular, aunque en una comunicación posterior recomendaba la plicatura de la cápsula posterior y la colocación de un injerto como tope óseo. (7).

Más recientemente, otros autores abogan por la transportación posterior del bíceps. (2).

Entre los procedimientos óseos debemos incluir las osteotomías rotacionales, glenoplastias y el bloque óseo posterior. (1, 3, 5, 7).

Fue KESSEL quién matizó tres indica-



FIG. 1 (B).— Radiografía del mismo enfermo una vez reducida la luxación, en la que no se observa nada patológico.

ciones para la colocación de un injerto como tope óseo posterior:

1.º Cuando las operaciones anteriores han dado mal resultado en la luxación persistente o recurrente postraumática.

2.º En aquellos pacientes con luxación recidivante posterior, difícil de clasificar entre traumática y habitual.

3.º En los enfermos con luxación recidivante habitual que hayan seguido un período de reeducación física sin ningún resultado. (5).

Nuestro primer caso era un paciente con una luxación posterior de hombro de tipo habitual en el que había fracasado la reeducación funcional. Nuestro segundo caso era una luxación recidivante posterior difícil de clasificar entre traumática y habitual.

Así pues, elegimos como técnica quirúrgica, en ambos enfermos, la plicatura de la cápsula y la colocación de un injerto como tope óseo posterior.

En cuanto a los resultados, diremos

que fueron evaluados de acuerdo a tres criterios fundamentales: el grado de movilidad, el nivel de actividad y la aparición de dolor. (7).

Un resultado fue considerado como excelente cuando el paciente obtenía una movilidad completa de hombro con un nivel de actividad normal y ausencia de dolor. Consideramos un resultado como bueno cuando al realizar movimientos extremos de la articulación del hombro, el paciente notaba un ligero dolor, aunque realizaba actividades normales. Un resultado se consideraba como pobre cuando la limitación de la movilidad del hombro le impedía el desarrollo de su trabajo habitual.

Nuestros enfermos, dos y tres años después de la operación, tenían una completa e indolora movilidad de la articulación del hombro, por lo que consideramos el resultado obtenido como excelente, no habiéndose encontrado hasta la fecha recidivas de la luxación.

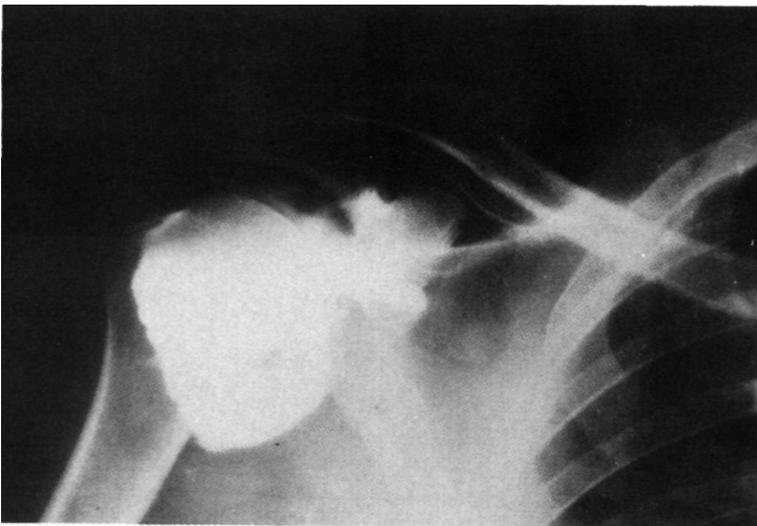


FIG. 3.— Arthrografía realizada a un enfermo de 40 años de edad, con luxación recidivante traumática posterior de hombro, en la que no se observa nada patológico.

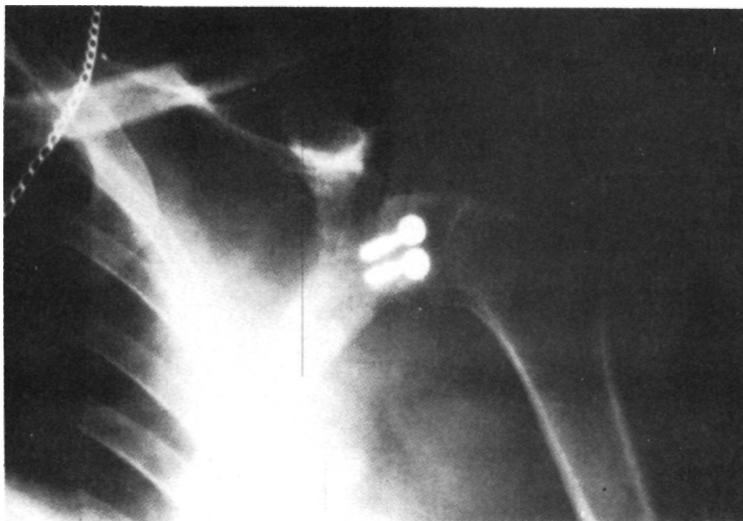


FIG. 4 (A).- Radiografía del mismo enfermo del caso anterior, después de la colocación de un injerto como tope óseo posterior.

### Conclusiones

- La luxación recidivante posterior de hombro es una patología poco común en nuestros hospitales.

- En ciertas ocasiones es difícil establecer el diagnóstico diferencial entre la luxación recidivante traumática y habitual de hombro.

- La plicatura capsular y la colocación de un injerto como tope óseo posterior es una técnica quirúrgica que, en nuestra experiencia ha dado unos excelentes resultados.

### BIBLIOGRAFIA

1. AHLGREN, S. A.; HEDLUND, T.; NIOTOR, L. (1978): Idiopathic posterior instability the shoulder joint. *Acta orthop scand* 49, 600-603.
2. BOYD, H. B.; SISK, T. D. (1972): Recurrent posterior dislocation of the shoulder. *Journal of Bone and Joint surgery*, 54-A, 4, 779-786.
3. CHAUDHURI, G. K.; SENGUPTA, A.; SAHA, A. K. (1974): Rotation osteotomy of the

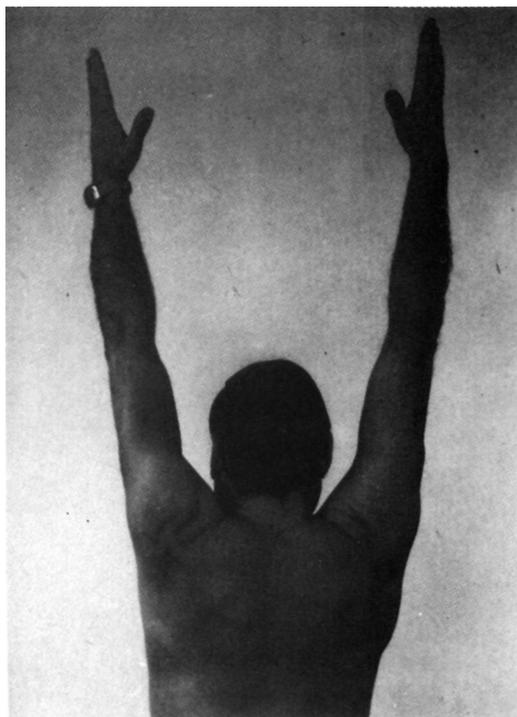


FIG. 4 (B).- Resultado conseguido en el caso anterior, en el que se observa una completa movilidad del hombro.

shaft of the humerus for recurrent dislocation of the shoulder: Anterior and Posterior. *Acta orthop. scand.* 45, 193-198.

4. HOUBEN, L.; STYCK, J.; HOOGMARTENS, M. (1983): Treatment of old posterior dislocation of the shoulder according to the McLaughlin procedure. *Acta Orthopædia Belgica* 49, 1-2, 247-253.
5. KESSEL, L. (1982): Clinical disorders of the shoulder. Churchill Livingstone, New York, 150-165.
6. MAY, V. R. (1980): Posterior dislocation of the shoulder: Habitual, Traumatic and Obstetrical. *Orthopædia Clinics of North America*, 11, 2, 271-284.
7. MONERY, C. A.; GARFIN, S. R.; BOOTH, R. E.; ROTHMAN, R. H. (1985): Recurrent Posterior Dislocation of the shoulder: Treatment using a Bone block. *Journal of Bone Joint Surgery*, 67-A, 5, 777-781.
8. SCOTT, D. (1967): Treatment of Recurrent Posterior dislocations of the shoulder by glenoplasty. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 49-A, 3, 471-476.