

HOSPITAL DE REHABILITACION Y TRAUMATOLOGÍA «LA PAZ»
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
Jefe: Prof. L. MUNUERA MARTINEZ

Luxación anterior escápulo-humeral: Reducción con la maniobra de elevación anterior

E. GIL GARAY, J. LOPEZ MORCILLO, J. A. QUESADA RUBIO
y R. ALVAREZ DE CIENFUEGOS GALVEZ

RESUMEN

Se presentan la técnica y los resultados obtenidos con la maniobra de elevación anterior (Cooper) para la reducción de la luxación anterior escápulo-humeral. Su facilidad, inocuidad, ausencia de dolor, por lo que no es necesaria inicialmente la anestesia general, y precisar para su realización de un sólo cirujano, con un 64 por 100 de reducciones sin anestesia y un 76 por 100 en total, la hacen recomendable como primera actitud terapéutica.

Descriptores: Luxación traumática. Hombro. Luxación anterior hombro.

SUMMARY

The technique and results obtained with the Cooper's forward elevation maneuver for anterior dislocations of the shoulder are reported. The maneuver is recommended because of its simplicity and innocuity, and because it is unpainful and only one surgeon is required, with 64% of reductions obtained without general anaesthesia, and 76% if anaesthetized patients are included.

Key words: Traumatic Dislocation Shoulder. Anterior Dislocation of the Shoulder.

Introducción

La luxación anterior del hombro representa del 40 al 50 por 100 de todas las luxaciones traumáticas (10), siendo su incidencia evaluada por Hovelius en Suecia (3) del 1.7 por 100 de la población de 18 a 70 años. En nuestro Centro, su incidencia viene a representar un 0.77 por 100 de las urgencias diarias, acudiendo aproximadamente unos 24 pacientes cada mes. Es por ello que busca-

mos un método que fuera sencillo de practicar, poco doloroso, para no necesitar anestesia, e inocuo.

El clásico método de Hipócrates (12) presentaba algunos inconvenientes, como la posible lesión de las estructuras neurovasculares axilares, ya sugerida por autores clásicos (PARÉ, 1575) (1), y necesitar, habitualmente, de anestesia general. El método de Kocher, descrito en 1870 (12), aunque posiblemente ya presente en una pintura egipcia

del año 1200 a.C. (4), debe de ser practicado con sumo cuidado y, en general, bajo anestesia y relajación; las complicaciones que puede presentar son variadas, como fractura de la diáfisis humeral, avulsión del manguito de los rotadores, lesiones del nervio circunflejo o del nervio axilar, ruptura de la arteria o vena axilares y aneurisma arteriovenoso (2), así como producir una mayor incidencia de recidivas por aumentar la lesión del rodete glenoideo y de la cápsula anterior (8). Otros métodos, como el de Stimson, con sus diversas modificaciones, requiere de quince a veinte minutos (13), tiempo no siempre disponible en nuestro Servicio de Urgencias, si bien la modificación introducida por LIPPERT (7) parece acortar este tiempo. El método de tracción/contracción, recomendado por gran número de autores (3, 11, 13, 14), requiere al menos de dos personas y, habitualmente, de anestesia general.

Los métodos de elevación anterior, basados en la descripción de Sir Astley Cooper de 1825 (5), con modificaciones realizadas por MILCH (9) y por LACEY y CRAWFORD

(6), nos parecieron cumplir los requisitos de facilidad de realización por un sólo cirujano, inocuidad y no requerimiento de anestesia. Por ello iniciamos un estudio prospectivo para evaluar su eficacia, exponiendo los resultados del mismo en el presente trabajo.

Material y método

Se incluyó en el presente estudio a todos los pacientes diagnosticados de luxación anterior escápulo-humeral atendidos por alguno de los autores en el Servicio de Urgencias del Hospital de Rehabilitación y Traumatología «La Paz» de Madrid, entre noviembre de 1982 y abril de 1986. En todos los casos se elaboró una Historia Clínica en la que se registraron, además de los datos de filiación, la ocupación, práctica deportiva, circunstancia del accidente y mecanismo de producción: hora en que ocurrió, antecedentes patológicos personales y familiares, incluyendo, específicamente, la existencia de episodios previos de luxación. Tras la exploración física y valoración específica del estado neurovascular distal, se practicó, en todos los casos, estudio radiológico, con el fin de clasificar exactamente la luxación y determinar la presencia de fracturas asociadas.

Posteriormente, y una vez reseñado el tiempo transcurrido entre la producción de la luxación y

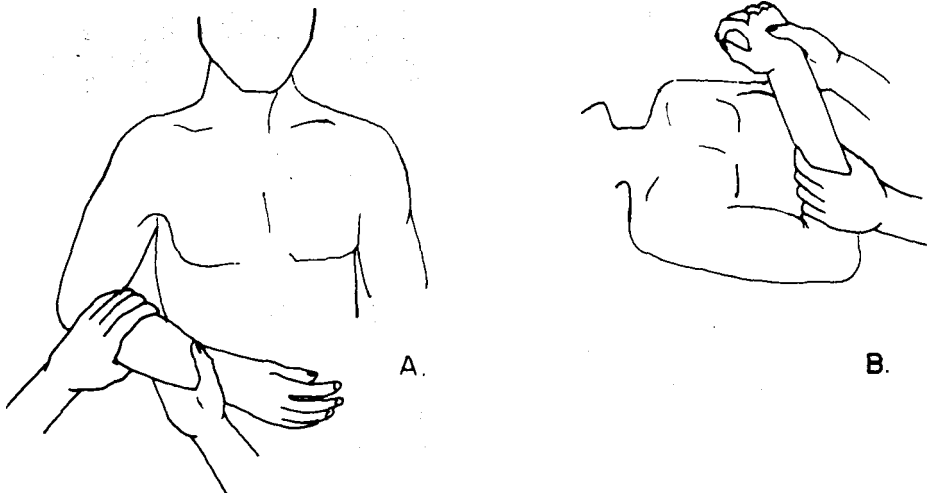


Fig. 1, A y B.— Situación de las manos del cirujano para comenzar la maniobra de reducción.

el momento de comenzar a practicar la maniobra de reducción, se procedió a la realización de la misma, siempre con sistemática idéntica.

El paciente fue encamado en decúbito supino; la maniobra comenzó con una conversación previa encaminada a explicar la actuación del médico y lo indoloro de la misma, con el fin de ganar la confianza del paciente y obtener un grado de relajación muscular y colaboración necesarios para el éxito final de la maniobra. Lenta y suavemente, el brazo es elevado, sin añadir abducción, con una mano a nivel del codo y otra en la muñeca (Figura 1); la elevación es acompañada de una suave tracción, llegándose a una flexión aproximada de 100° , es decir, con la mano del paciente sobre su cabeza (Figura 2). Si al llegar a esa posición no se ha obtenido la reducción, hecho muy frecuente, se añade una leve rotación externa (de 10 a 15°), con la que suele conseguirse ésta. Si no, se presiona suavemente con el pulgar sobre la cabeza humeral y se abduce suave y progresivamente hasta llegar al plano de la cama (Figura 3).

Ocasionalmente, en pacientes muy excitados, se administró un relajante muscular/tranquilizante (Diazepam a dosis de 2.5 a 10 mgrs. según peso, edad y estado general, por vía endovenosa) y un analgésico. Si no se conseguía la reducción, o bien se procedía a intentar otro método sin anestesia, o se realizaba anestesia general.

La reducción, en todos los casos, fue seguida de una inmovilización con vendaje tipo Velpeau, realizándose control radiográfico de la misma, previa reexploración de la situación neurovascular.

Todos los datos fueron recogidos en una Hoja Protocolo para su estudio posterior en el Centro de Cálculo del Hospital «La Paz» (Dra. Rosario Madero).

Resultados

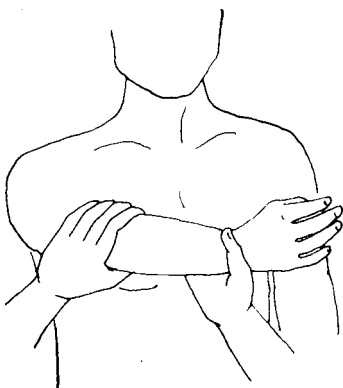
De los 101 casos inicialmente incluidos en el estudio se descartó uno por ser una luxación posterior. La edad de los pacientes presentó una media de 50.3 años, con máximo de 87 y mínimo de 16 . En cuanto al sexo, 55 fueron varones y 45 hembras y, en cuanto al lado, 66 fueron en el lado derecho y 34 en el izquierdo.

El biotipo predominante fue el pícnico (46 por 100), apareciendo 34 atléticos, 17 asténicos y 3 seniles.

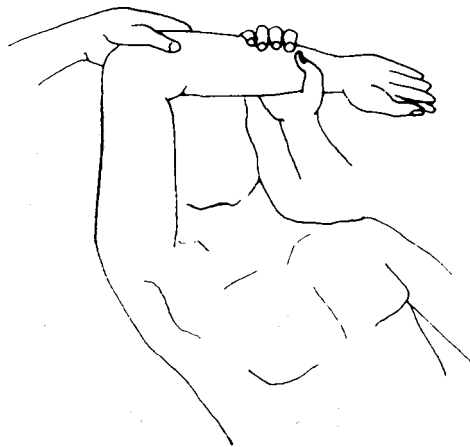
El tipo de luxación más frecuente fue subcoracoidea (80 por 100), siendo en 22 ocasiones recidivante. En 18 casos se apreciaron fracturas asociadas de las tuberosidades.

El tiempo transcurrido entre la producción de la luxación y el inicio de la maniobra de reducción varió desde escasos minutos hasta un máximo de 72 horas, con una media de 3.2 horas. El 70 por 100 de los casos fue tratado en las primeras dos horas.

Se consiguió la reducción con la maniobra de elevación anterior en 76 casos; de ellos, en 64 no se precisó de anestesia ni medicación alguna, requiriéndose, en los 12 restantes, de anestesia general. De los 24 casos restantes en 7 se redujo la luxación con el método de abducción progresiva.



A.



B.

FIG. 2. A y B.—Elevación o flexión progresiva del brazo, hasta unos 100° , con la mano del paciente aproximadamente por encima de su cabeza.

sin precisarse de anestesia; en 3 casos más se aplicó el método de tracción-abducción-contracción con éxito, sin anestesia. Los 14 casos restantes, que precisaron anestesia general y en los que la maniobra de elevación anterior no obtuvo la reducción, ésta se consiguió en 3 casos con tracción-abducción-contracción, en 1 con abducción progresiva, en 1 con la maniobra de Kocher y en los otros 9 con la de Hipócrates.

Entre los 64 casos en que se consiguió la reducción sin anestesia con la maniobra de elevación anterior, el 82'8 por 100 eran pacientes colaboradores, el 12'5 por 100 poco colaboradores y el 4'7 por 100 muy nerviosos, sin colaborar en absoluto. De estos 64 casos, en 7 había fractura asociada de troquíter, a pesar de lo cual se consiguió la reducción sin anestesia.

La exploración neurovascular previa a la reducción fue normal en todos los casos. Tras ella, sólo en un caso aparecieron leves parestesias en territorio cubital, que cedieron espontáneamente.

Discusión

La luxación anterior escápulo-humeral es un problema traumatológico frecuente (3, 10), por lo que su resolución mediante un método inocuo que no precise de anestesia general y realizable por una sola persona puede agilizar, en gran medida, la asistencia en los Servicios de Urgencias.

La maniobra de elevación anterior, en nuestras manos, ha proporcionado un 64 por 100 de reducciones sin necesidad de anestesiarse al paciente, y un 76 por 100 si incluimos los casos en que se logró tras la anestesia. Estas cifras son, sin embargo, inferiores a las publicadas por otros autores (5), que obtienen un 100 por 100 de éxitos. Este método tiene las grandes ventajas de su sencillez y su inocuidad, de no prevenir al paciente ante una eventual actuación posterior y de precisar un sólo cirujano para su realización. Puede incluso practicarse en pacientes con fracturas asociadas de las tuberosidades, con un 38'9 por 100 de reducciones sin anestesia en estos pacientes, y en casos de evolución de varias horas, habiéndose conseguido reducir luxaciones de 48 y de 72 horas de evolución en nuestra serie.

Aunque la media de edad de nuestros pacientes es elevada (50'3 años), el porcentaje de éxitos en el grupo de pacientes más jóvenes (16 a 30 años) y en los de biotipo atlético es similar al porcentaje de éxitos sin anestesia en el total de la serie (67 por 100).

Todo esto nos hace recomendar este método como primera maniobra a realizar ante cualquier paciente con una luxación ante-

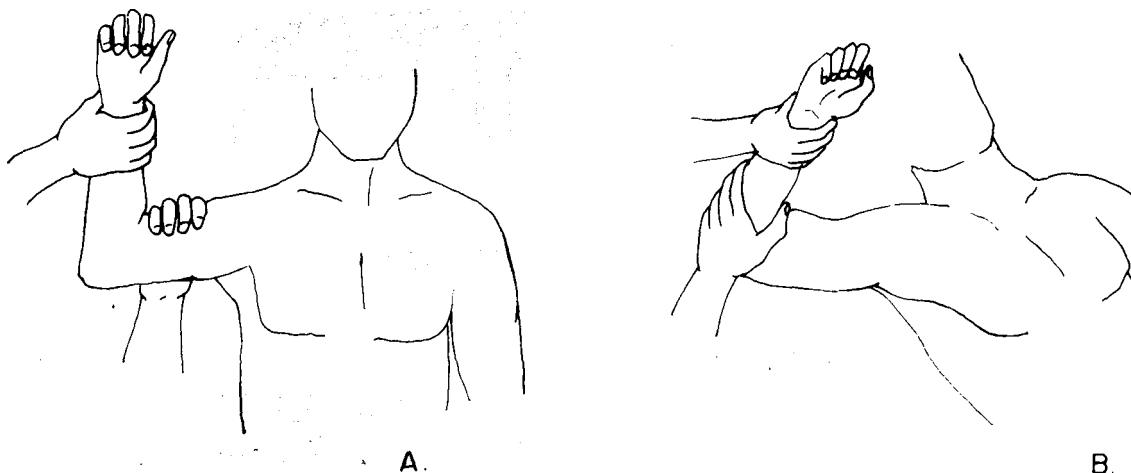


FIG. 3, A y B.— Abducción progresiva del brazo, a partir de la flexión de 100°, si no se ha conseguido la reducción, hasta llegar al plano de la cama.

rior escapulo-humeral por las ventajas anteriormente citadas, haciendo notar que, como en cualquier otro método, un espacio de tiempo corto desde la producción de la luxación y una actitud colaboradora del paciente, que sea capaz de lograr una mayor relajación muscular, favorecerá la obtención de la reducción.

BIBLIOGRAFIA

1. BROCKBANK, W.; GRIFFITH, D. LI. (1948): Orthopaedic Surgery in the 16th and 17th Centuries. *J. Bone Joint Surg.*, 30-B, 2, 365-375.
2. DE PALMA, A. F. (1959): The management of Fractures and Dislocations. An Atlas. Ed. W. B. Saunders and Co., Philadelphia, vol. I, 246-248.
3. DE PALMA, A. F. (1985): Luxaciones de la Cintura Escapular. En: Cirugía del Hombro. 3.ª edición. Edit. Médica Panamericana. Buenos Aires, 603-640.
4. HUSSEIN, M. K. (1968): Kocher's method is 3.000 years old. *J. Bone Joint Surg.*, 50-B, 3, 669-671.
5. JANECKI, C. J.; SHAHCHERAGH, H. (1982): The Forward Elevation Maneuver for Reduction of Anterior Dislocations of the Shoulder. *Clin. Orthop.*, 164, 177-180.
6. LACEY, T. II; CRAWFORD, H. B. (1952): Reduction of Anterior Dislocations of the Shoulder by means of the Milch Abduction Technique. *J. Bone Joint Surg.*, 34-A, 1, 108-109.
7. LIPPERT, F. G. III (1982): A modification of the Gravity Method of reducing Anterior Shoulder Dislocations. *Clin. Orthop.*, 165, 259-260.
8. Mc MURRAY, T. B. (1961): Recurrent Dislocation of the Shoulder. *J. Bone Joint Surg.*, 43-B, 2, 402.
9. MILCH, H. (1949): The Treatment of Recent Dislocations and Fracture-Dislocations of the Shoulder. *J. Bone Joint Surg.*, 31-A, 1, 173-180.
10. ORTEGA ANDREU, M. (1985): Luxación Recidivante de Hombro. Tesina, Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.
11. PATTE, D. (1980): Luxations Traumatiques de l'épaule. *Encycl. Méd. Chir. Paris. App. Loc.*, 14037, C-10, 4-1980.
12. RANG, M. (1966): Anthology of Orthopaedics. Ed. Churchill Livingstone, Edinburgh, 225-227.
13. ROCKWOOD, C. R. II (1984): Subluxations and Dislocations about the Shoulder. En: Fractures in Adults. Ed. C. A. Rockwood and D. P. Green, J. B. Lippincott Co., Philadelphia, Vol. I, 722-753.
14. SANCHIS OLMOS, V. (1963): Fracturas y otras lesiones traumáticas. Ed. Científico-Médica. Barcelona, 252.