



FRACTURA LUXACIÓN AGUDA DE HOMBRO

PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

AUTORES: Peces García, E; López González, Diego

INTRODUCCIÓN

- Las fracturas-luxaciones glenohumerales son infrecuentes, estimándose una **incidencia** de 0.6/100.000 personas año en las fracturas-luxaciones posteriores.
- El pico de incidencia ocurre en **varones**, de mediana edad, con traumatismos de **alta energía**.
- Son lesiones que pueden pasar desapercibidas. Una correcta evaluación clínico radiológica permite establecer un diagnóstico preciso y un tratamiento correcto.
- Son lesiones que se asocian a un mal pronóstico y graves **secuelas** para el paciente



OBJETIVOS



Describir 3 pacientes con fractura-luxación glenohumeral aguda, tratadas quirúrgicamente.



Describir las complicaciones asociadas a la lesión y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Serie de 3 pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Fundación Alcorcón con fractura-luxación aguda de hombro.

Se recogieron datos demográficos, clínico radiológicos, quirúrgicos, funcionales, así como las complicaciones asociadas.

1er caso

Varón, 23 años, diestro, inactivo. Accidente de tráfico con traumatismo directo en hombro derecho.

EF: Dolor, impotencia funcional, exploración neurovascular distal sin déficits.

Rx fractura aparente en 2 fragmentos. Sospecha de luxación.

TC fractura en 4 fragmentos y luxación posterior hombro derecho, con cabeza humeral encantrada sobre borde posterior de la glena.

Clasificación: AO: 11-C3. Neer: 4 fragmentos con fx-luxación posterior.



1er caso

Tto: Se desestima reducción cerrada para no aumentar morbilidad. Se realiza reducción abierta y fijación interna (RAFI) con placa de ángulo fijo.

Evolución postoperatoria correcta. Limitación movilidad por pinzamiento subacromial de la placa. EMO a los 6 meses. Actualmente movilidad normal.

Seguimiento: 34meses

QuickDASH: 6.8. **Satisfacción:** Muy satisfecho. Inactivo laboral.



2º caso

Varón, 35 años, diestro. Soldador. Caída con traumatismo directo sobre hombro derecho.

EF: Deformidad en “charretera”, impotencia funcional, sin déficit neurovascular.

Rx fractura en 3 fragmentos con luxación anterior.

TC fractura en 3 fragmentos húmero proximal.

Clasificación: AO: 11-B3. Neer: 3 fragmentos con fx-luxación anterior.

Tto: Se realizó reducción cerrada. 24h después se realizó RAFI con placa.

Evolución: Buena evolución sin complicaciones. Movilidad rango funcional.

Seguimiento: 12 meses

QuickDASH: 25. **Satisfacción:** Muy satisfecho. En desempleo.



3er caso

Varón, 33 años, diestro, informático. Remitido desde otro hospital por fractura luxación hombro derecho tras crisis tónico-clónica, por hipoglucemia secundaria a ingesta alcohólica.

EF: deformidad en “charretera”, impotencia funcional, sin déficit neurovascular.

Rx y TC fractura en 2 fragmentos, troquíter conminuto y luxación anterior de hombro derecho.

Clasificación: AO: 11-A1.3. Neer: 2 fragmentos con fx-luxación anterior

Tto: Se realiza reducción cerrada y 24h después CAHD con reanclaje de troquíter.

Evolución satisfactoria. BA rango funcional. Complicaciones: reabsorción troquíter

Seguimiento: 9 meses

QuickDASH: 13.6. **Satisfacción:** Muy satisfecho. En activo.



POST QX

RESULTADOS

Edad media: 30.3 años (23-35)

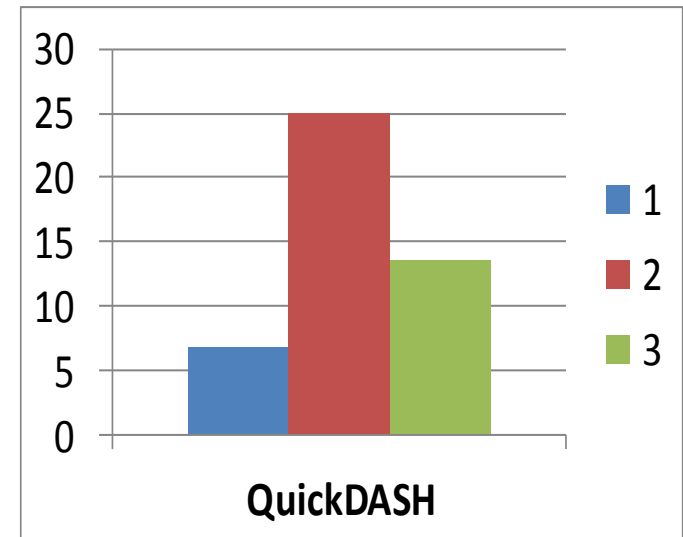
Tiempo seguimiento medio: 18.3 meses (9-34)

Reducción: 2 cerradas, 1 abierta

Material osteosínteis: 2 placas Philos® ángulo fijo . 1 lqj con sutura PopLock®.

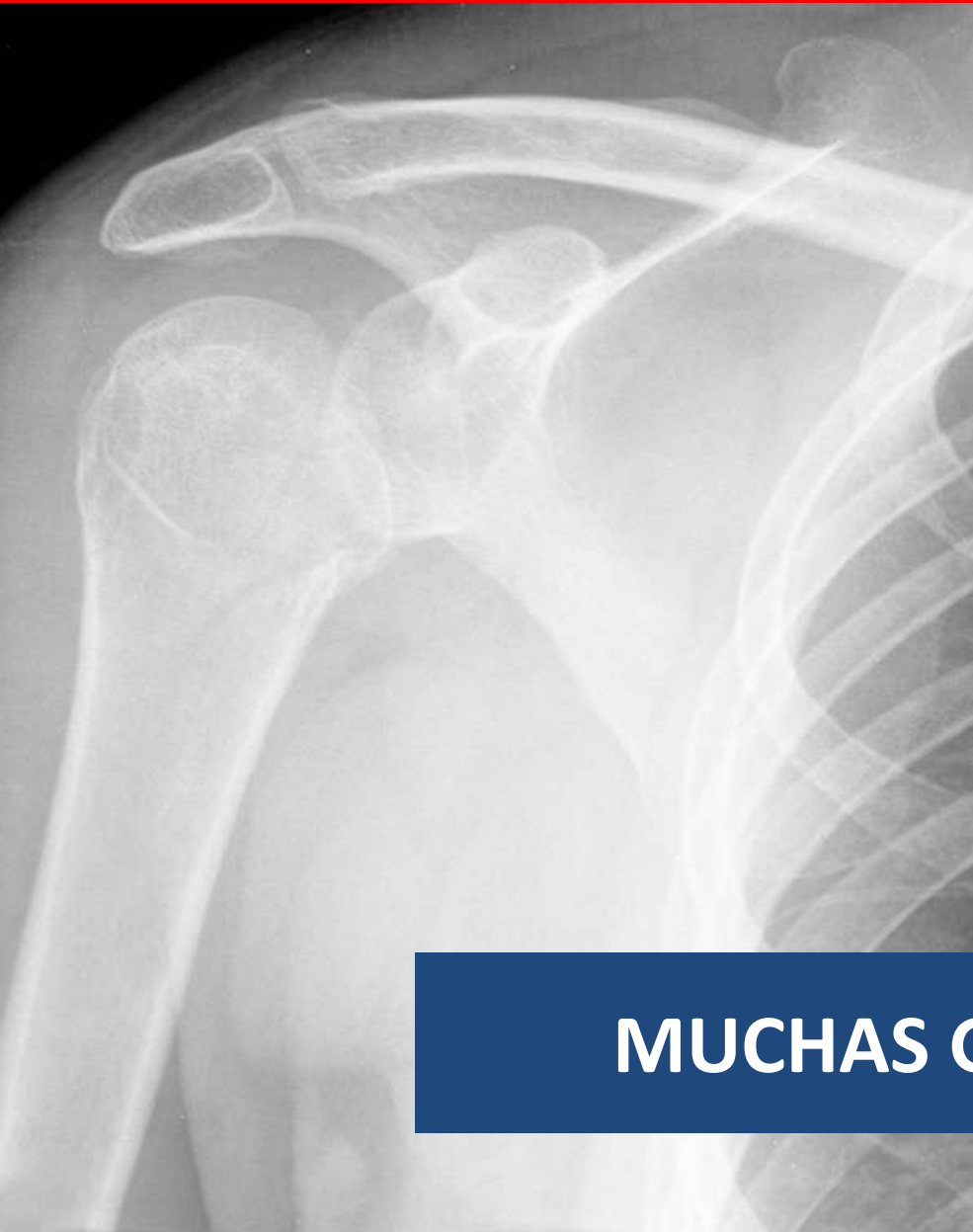


Complicaciones	n
Complicación material osteosíntesis	1
· EMO	1
Necrosis cefálica	0
Luxación postquirúrgica	0
Infección	0
Lesión neurovascular	0
Total	1



CONCLUSIONES

- I. Se debe realizar una cuidadosa exploración radiológica, recomendándose siempre 2 proyecciones (AP e Y de escápula), así como TC para valorar correctamente la fractura.
- II. Las fracturas-luxaciones posteriores pueden pasar más fácilmente desapercibidas, precisando reducción abierta en la mayoría de los casos.
- III. Los factores de peor pronóstico son mayor número de fragmentos, gran desplazamiento, edad y retraso diagnóstico.
- IV. Tanto la síntesis con placa de ángulo fijo, como la cirugía de reanclaje, sin actuación sobre el labrum en ningún caso, han demostrado ser buenas opciones terapéuticas.



MUCHAS GRACIAS