



Luxación de hombro en Atención Primaria

M.^a T. CAMPILLOS PÁEZ*, G. PARDO MORENO*, S. AGUDO POLO**, T. SAN LAUREANO PALOMERO***, M. PÉREZ HERNANSAIZ****, M.^a L. VALLÉS UGARTE****

*Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Área 11 de Atención Primaria. Madrid. **DUE. Centro de Salud Potes. Área 11 de Atención Primaria. Madrid. ***Médico General. Centro de Salud Fátima. Área 11 de Atención Primaria. Madrid. ****Médico de Familia. Centro de Salud Fátima. Área 11 de Atención Primaria. Madrid.

■ INTRODUCCIÓN

Cuando un paciente sufre un traumatismo, es probable que al primer lugar donde acuda para resolver su problema sea al centro de salud. Los profesionales que trabajan en Atención Primaria deben estar preparados y "entrenados" para intentar resolver la mayoría de estos procesos traumatológicos o, alternativamente, canalizar adecuadamente su atención especializada.

Durante la formación del médico de familia se deben adquirir los conocimientos básicos y la práctica suficiente en traumatología para enfrentarse, sin reparos, a las diversas situaciones que se pueden presentar en el centro de salud (1).

■ CASO CLÍNICO

Mujer de 72 años, con múltiples patologías, que acude a consulta de Atención Primaria para recoger medicación crónica. En el camino al centro de salud tropieza con un bordillo y cae al suelo con el brazo derecho en extensión.

Dada la disponibilidad de un servicio de radiología cerca del centro de salud, se pide radiografía del hombro derecho porque la paciente refiere un intenso dolor en este hombro y a la exploración se observa deformidad anatómica del mismo (figura 1). Con el diagnóstico de luxación anterior del hombro, derivamos a la paciente al servicio de urgencias del hospital de referencia. Allí, tras infiltración local de un anestésico, se realiza reducción de la luxación mediante

técnica de Kocher. Se inmoviliza con un vendaje tipo *Velpeau* y se prescriben analgésicos. La paciente es remitida a nuestra consulta para seguimiento y valoración posterior por el traumatólogo de zona.

■ DISCUSIÓN

Denominamos luxación escapulohumeral a la pérdida completa de contacto entre la superficie articular de la cabeza humeral y la cavidad glenoidea de la escápula (2), lo que produce una pérdida estructural de su estabilidad (3).

El hombro es la articulación del organismo que se luxa con más frecuencia (1-4); representa casi el 50% de todas las luxaciones (3). Esto es debido a que la articulación glenohumeral es la que alcanza mayor movilidad a costa de una menor estabilidad (4). Sucede en hombres jóvenes y es rara en los niños. En los ancianos se asocia frecuentemente con fracturas del troquíter (4).

Según quede situada la cabeza humeral se clasifica en luxación anterior, posterior, inferior o superior. La luxación anterior supone más del 95% de todas las luxaciones del hombro (2,4,5). En esta comunicación hablaremos de la luxación anterior (por ser la más frecuente y por tratarse del caso de nuestra paciente).

El mecanismo de producción anterior del hombro es resultado de una fuerza procedente de la abducción, extensión y rotación externa del hombro (3). Suele ocurrir en jóvenes [por accidentes de moto o deportivos, sobre todo deportes de contacto (4)] y en ancianos, por caídas sobre la mano con el brazo extendido y en rota-



Fig 1.

ción externa. La cabeza humeral se sitúa por delante de la cavidad glenohumeral, hacia adentro y abajo (4,6).

La lesión anatomopatológica característica es la ruptura de la parte anterior de la cápsula articular y del rodete glenoideo (lesión de Bankart). Asimismo, suele producirse una impactación del segmento posterointerno de la cabeza humeral al ser rechazado por el borde anterior glenoideo, llamada comúnmente lesión de Hill-Sachs (2).

Cursa con un intenso dolor en la región del hombro con impotencia funcional del mismo (2,4,6). El paciente sostiene el brazo en abducción y rotación externa con la otra mano para evitar movimientos dolorosos (2,4). El brazo se mantiene en ligera abducción, 20-30°, y son imposibles los movimientos de rotación interna y aducción. Si la cabeza humeral está en una posición excesivamente anterior se puede palpar en la axila (4,6). Además, se observa una asimetría de hombros, con el hombro afecto cuadrado (hombro en charretera (2-4, 6), figura 2), borramiento del surco deltopectoral (1), una prominencia excesiva del acromion y la cabeza humeral que protrusiona hacia adelante (3).

Puede asociarse a rotura del manguito de los rota-



Fig 2. Hombro en charretera (7).

dores (músculo subescapular), complicación que ocurre en el 50% de los ancianos que presentan esta luxación (2,3); también se asocia a fracturas del cuello y la cabeza humeral (sobre todo troquíter) (1,2), lesión en la arteria axilar, en el nervio radial y, sobre todo, del nervio axilar o circunflejo, que produce parálisis del músculo deltoides y área de anestesia en la cara lateral del extremo proximal del brazo (2,3,6). La lesión del nervio axilar ocurre hasta en un 30% de los casos de luxaciones y consiste casi siempre en una neuroapraxia transitoria que tarda algunas semanas en remitir (5). Por lo tanto, es obligado en una luxación del hombro explorar el pulso radial así como los nervios principales (3,4).

El estudio radiológico es imprescindible para comprobar si existe una luxación y para descartar una fractura asociada (1,2,4). Si bien la mayoría de las luxaciones anteriores se ve claramente en una proyección anteroposterior clásica, es preferible analizar ésta en el plano de la escápula (AP verdadera de hombro). Si existen dudas o bien fracturas asociadas, deberá obtenerse al menos otra proyección radiológica (axial de escápula y/o axilar) (2).

Las luxaciones agudas deben tratarse con la ma-

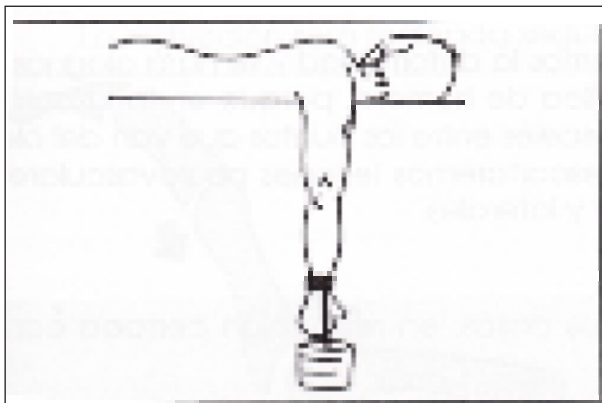


Fig 3. Método Stimson.

por urgencia posible, ya que así se facilita su reducción (2). Se han descrito numerosas maniobras para colocar el hombro en su sitio (5). En Atención Primaria sólo intentaremos la reducción urgente sin anestesia en la consulta en los siguientes casos (2,4).

- Si han transcurrido menos de 3-4 horas desde la luxación.
- Si contamos con la relajación y colaboración del paciente.
- Si disponemos de tiempo suficiente y una radiografía previa.
- Si no existen complicaciones.

Si coexiste fractura o no se diesen las condiciones citadas anteriormente se derivará a atención especializada (4). La reducción de la luxación se realiza mediante la técnica de Stimson (tras 10-15 minutos y 4-8 Kg de resistencia, figura 3) o por el método de Kocher (3). Este último, que es el más empleado, consta de los siguientes pasos (4).

- Aplicar tracción sobre el brazo y realizar una rotación externa. Tomar mucho tiempo en la rotación externa (figuras 4 y 5). El hombro con frecuencia se reduce con un "chasquido" durante esta maniobra.
- Aducción. Hacer este movimiento y los siguientes de manera continuada (figura 6).
- Rotación interna, llevando la mano hacia el hombro opuesto (figura 7).
- Si no se ha conseguido la reducción, repetir todas las etapas intentando lograr una mayor rotación externa.

Hay que evitar, con cualquier maniobra, una torsión excesiva del húmero, porque puede causar una lesión del plexo braquial o una fractura humeral (5).

A veces será necesario apoyo farmacológico con 50 mg de meperidina o 5 mg de morfina intravenosa y



Fig 5. Rotación externa del brazo. Método de Kocher.

5 mg de diazepam también intravenoso (3), para vencer el espasmo muscular que se origina normalmente si ha pasado algún tiempo tras la luxación (5). De hecho, si ya han transcurrido varias horas desde el momento de la lesión o existen fracturas asociadas, se deberá indicar de entrada la reducción bajo anestesia general (2).

Tras la reducción volveremos a hacer radiografías seriadas de comprobación (2-4) y exploraremos el pul-

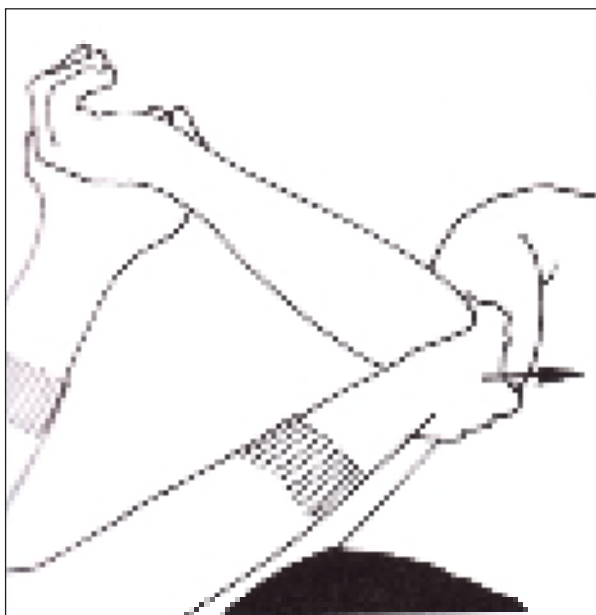


Fig 6. Aducción. Método de Kocher.



Fig 7. Rotación interna llevando la mano hacia el hombro opuesto. Método de Kocher.

so y las sensibilidades (2,4,6). Luego se inmoviliza a 0° de abducción y 90° de flexión del codo con el brazo en rotación interna y se coloca un cabestrillo y un vendaje tipo *Velpeau* (1). Se almohadilla la zona axilar y se coloca un cuello-puño para evitar la rotación externa (6). Lo mantendremos así durante tres a seis semanas (4,6) (más tiempo en los jóvenes y menos en los ancianos); en personas mayores se comienzan pronto los ejercicios de movilidad completa, salvo la rotación externa, que demoraremos seis semanas (3). En estas personas mayores, dado el riesgo que existe de capsulitis adhesiva y de hombro congelado, es necesario movilizar con rapidez la articulación (5). El programa de rehabilitación en este grupo de edad debe iniciarse después de la primera semana de inmovili-

zación (5). En los jóvenes la abducción y la rotación externa estarán prohibidas durante cuatro semanas (3).

No se permitirá el uso del hombro lesionado en deportes ni en actividades laborales que impliquen su elevación por encima de la altura de la cara hasta que se consiga la completa recuperación de la antepulsión y la normalización de la potencia muscular de los rotadores (mínimo tres meses) (2). Si ha existido parálisis del nervio axilar con pérdida de la función del músculo deltoides, se recomienda rehabilitación inmediata (6). Si existe fractura-arrancamiento del troquíter menor a un centímetro de desplazamiento, el tratamiento es conservador con período de tiempo más prolongado en la recuperación y con posible pérdida permanente de la movilidad (3). Ante una impotencia funcional persistente hay que descartar fracturas desapercibidas, roturas del manguito (mayores de 40 años) y lesiones neurológicas (2).

Antes de permitir la actividad completa nos aseguraremos de haber recuperado la movilidad normal y casi toda la fuerza en los músculos estabilizadores del manguito de los rotadores, el deltoides, la escápula y otros como el serrato anterior (1).

Luxación recidivante de hombro: se denomina así cuando la luxación se produce en más de tres ocasiones y cada vez con un traumatismo menor; el peligro de recidiva es del 50-90% en pacientes menores de 20 años que han sufrido una primera luxación anterior (3,5). El riesgo de recidiva en mayores de 50 años es mucho menor (un 10%) (5). Se reducen fácilmente (hasta puede hacerlo el mismo paciente). Hay que derivar a traumatología, ya que, al no cicatrizar las estructuras, el tratamiento definitivo es quirúrgico (1,4). La causa más frecuente de luxación recidivante en los adolescentes y adultos jóvenes es la falta o incapacidad para seguir un programa satisfactorio de rehabilitación (5).

■ BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez Alonso JJ, Silveira de la Torre J.** Traumatología en Atención Primaria. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica, 4.ª edición. Ed. Harcourt Brace, 1998: 1153-1166.
- Peidro Garcés L.** Luxación de hombro. *Jano* 1997; 1208:48-51.
- Herranz Alfaro V, Urbistondo Blasco JA.** Luxaciones, esguinces y contusiones. Manual práctico de Medicina General. Sociedad Española de Medicina General. Ed: PENTACROM S.L. Madrid, 1998: 892-905.
- Martín Laso MA.** Atención a las subluxaciones y luxaciones. Guía de actuación en Atención Primaria. SemFYC, 1999: 690-695.
- Chaffer T.** Trastornos de la extremidad superior. Medicina de Familia, principios y práctica, Robert B. Taylor, 5.ª edición. Ed.: Springer-Verlag Ibérica, 1999: 997-1007.
- Vila y Rico J, Larráinzar Garijo R, Martín Rodríguez J, Escribano Rueda L.** Traumatismos más frecuentes del miembro superior. Manual práctico de urgencias quirúrgicas, Hospital Universitario Doce de Octubre. Ed.: LIFOINTER S.A., 1998: 481-496.
- Stanley Hoppenfeld.** Exploración de la columna vertebral y las extremidades, 17ª edición. Ed.: El Manual Moderno, S.A., 1979: 1-59.