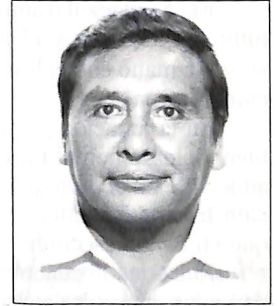


Luxación Congénita de Hombro, a propósito de un caso

Dr. Fernando Benavente Arce*



RESUMEN

La luxación congénita de la articulación gleno-humeral de hombro, es un cuadro muy raro; por esa razón incluso causa problemas en su diagnóstico.

Presentamos el caso de una niña de 5 meses de edad, portadora de una luxación congénita gleno-humeral; reportamos los hallazgos clínicos, el procedimiento quirúrgico empleado; con el resultado final parcialmente satisfactorio

Palabras Claves: Luxación congénita, tratamiento, articulación hombro

INTRODUCCION

La articulación gleno-humeral infantil tiene algunas particularidades propias que deben ser consideradas.

Esta articulación está diseñada para realizar una movilidad moderada a amplia; y, para facilitar ello la cápsula antero inferior tiene que ser redundante.

La superficie articular de la cabeza humeral es tres veces el tamaño de la cavidad glenoidea; la cápsula necesariamente está reforzada por un complejo ligamentario anteroinferior, que se encarga de proporcionarle estabilidad. La inserción capsular es casi en la línea del cuello anatómico, y muy cerca al cartílago de crecimiento, lo cual explicaría por que la fractura del húmero proximal es mucho más frecuente que la luxación gleno humeral en los niños.

Los músculos rotadores están directamente sobre la cápsula; de modo que su acción constituye una función muy importante en la estabilización secundaria de la articulación, de modo que también juega un rol muy importante en la rehabilitación y prevención de la luxación recidivante.

Incidencia

La luxación gleno-humeral en niños menores de 12 años, ha sido raramente reportada, y aún mucho más rara la luxación congénita.

SHOULDER CONGENITAL DISLOCATION WITH REGARD TO A CASE SUMMARY

Congenital dislocation of the shoulder; very rarely occurs in children, and thus it may cause diagnostic problems. We presents a case of one year old child with congenital dislocation of the shoulder, reporting its clinical findings, and surgical treatment; the final result was only mild.

Key words: Congenital dislocation, treatment, articulation shoulder.

Rowe en 1956 revisa 500 luxaciones glenohumorales, reportando sólo 8 casos (1.6%) en menores de 10 años; 99 casos (16.5%) entre los 11 a 20 años.

Rockwood reporta pocos casos de luxación gleno humeral en niños, y de ellos el mayor porcentaje está en adolescentes. Debido a los pocos reportes de luxación gleno-humeral congénita, la literatura al respecto es escasa.

Clasificación

La más usada está basada en la dirección y localización de la luxación, casi similar a la del adulto pero considerando el desarrollo de la articulación.

- 1) Por el sitio de localización:
 - a) Anterior: es la más frecuente.
 - b) Posterior
 - c) Inferior.
- 2) Por la Etiología:
 - a) Traumática; Es la más frecuente en niños.
 - b) Atraumática:
 - Voluntaria
 - Involuntaria
 - Neuromuscular
 - Congénita
 - Hiperlaxitud ligamentosa hereditaria
 - Hiperlaxitud ligamentosa adquirida
 - Alteración esencial o psiquiátrica.

(*) Médico Asistente del Servicio de Traumatología
Clínica Alberto Sabogal - IPSS - Callao - Perú

En la luxación traumática anterior, el trauma debe ser muy significativo; y el mecanismo usualmente es caída sobre la mano con el brazo extendido en abducción y rotación externa.

En la luxación posterior más rara el trauma es también violento con el brazo en flexión y rotación interna y aducción; en el período neonatal es más frecuente la luxación traumática anterior, pero estadísticamente más rara que en el adolescente.

Entre las luxaciones atraumáticas en niños la variedad neuromuscular es la más frecuente.

La luxación congénita es la más rara, es descrita que se presenta al nacimiento, y suele acompañarse de otras anomalías del miembro superior, hombro de aspecto relativamente pequeño, debido a una hipoplasia osteomuscular, húmero proximal más pequeño, con cabeza poco desarrollada; escápula más pequeña que la contralateral supuesta sana, cavidad glenoidea hipoplásica, a veces incontinente, estructuras cápsulo-ligamentarias a veces deficientes, músculo pectoral, deltoides y resto de músculos pericapsulares poco desarrollados e hipoplásicos, basándose el diagnóstico en el cuadro clínico y verificación de esas alteraciones con los hallazgos radiográficos.

Síntomas y Signos

La luxación traumática anterior muestra un hombro aumentado de volumen, muy doloroso, brazo en abducción y rotación interna. En la inestabilidad atraumática existe poco dolor o no existe.

La luxación congénita muestra más bien disminución de volumen del hombro, por hipoplasia de partes blandas y óseas de la articulación, existe también limitación del rango de la movilidad articular.

El estudio por imágenes: nos da la información confirmatoria y detalles similares a la del adulto; en primer lugar las radiografías standard en posiciones adecuadas; en caso de requerir de mayores detalles puede recurrirse a la tomografía computarizada y resonancia magnética.

Tratamiento

En la luxación aguda, previa adecuada evaluación vascular y neurológica, empleando una buena relajación se procede a la reducción incruenta, dejando luego una inmovilización de 4 a 6 semanas.

La recurrencia luego de la reducción de una luxación traumática es relativamente alta; así Rowe reporta un 100% en menores de 10 años, 94% en adolescentes; Rockwood reporta un 50% de recidiva en niños.

En la luxación congénita cada caso deber ser evaluado por separado para decidir la conducta más adecuada: Si ocasiona un trastorno funcional mínimo está indicada la observación y terapia física.

Withmann en 1905 proponía en todos los casos reducción empleando maniobras manipulatorias.

El tratamiento quirúrgico no ofrece tampoco resultados plenamente satisfactorios; sin embargo es una alternativa útil; es así que se han descrito diferentes procedimientos:

- Refuerzo de la cápsula débil complementando con diferentes técnicas de estabilización articular.
- Transposiciones tendinosas de contención muscular.
- Extirpación de bloques óseos o partes blandas fibrosadas que bloquean la movilidad.
- El último recurso a considerar es la artrodesis.

REPORTE CLINICO:

Se presenta el caso de una niña de 5 meses de edad, que ingresa al Hogar Clínica San Juan de Dios de Lima que presenta como síntoma principal la incapacidad para movilizar el miembro superior izquierdo, con el diagnóstico inicial de parálisis del plexo braquial izquierdo, razón por la que ingresa a medicina física para tratamiento de rehabilitación, pero al intentar realizar sus ejercicios se encuentra más bien con un bloqueo mecánico en el hombro y en el antebrazo homolateral, razón por la que es interconsultada a Ortopedia y Traumatología; en el servicio se realiza un examen físico, encontrándose anomalía, a excepción del miembro superior izquierdo, donde se observa, en hombro: mínimo movimiento activo, desaparición del contorno característico normal en relación al lado contralateral, hipotrofia del músculo deltoides y trapecio, depresión subacromial por ausencia de cabeza humeral, que más bien se le palpa en hueco axilar, limitación de la movilización pasiva de la articulación por bloqueo mecánico; en la evaluación radiográfica se encuentra hipoplasia de clavícula, escápula, cavidad glenoidea; y extremidad proximal del húmero, la misma que está localizada debajo de la cavidad glenoidea; en el antebrazo se confirma la sinostosis radiocubital proximal; el estudio electro-miográfico no da datos de parálisis de plexo braquial.

Basado en la correlación de datos se llega al diagnóstico de luxación congénita de la articulación gleno-humeral, y sinostosis radiocubital proximal izquierda; planteándose

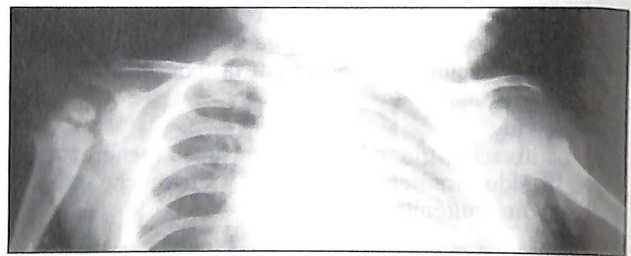


Fig 1.- Radiografía de la paciente que muestra la luxación de hombro izquierdo y las alteraciones óseas

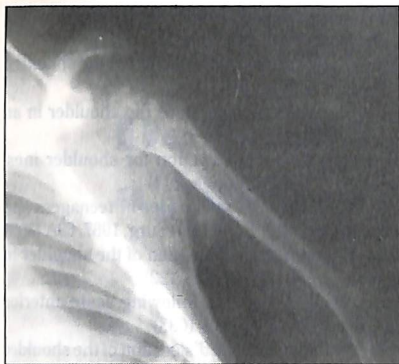


Fig 2.- Radiografía postoperatoria que muestra una reducción aceptable de la luxación gleno-humeral



Fig 3.- Radiografía de la articulación gleno-humeral a los 4 años postoperatorio, aún con alteraciones displásicas

la reducción quirúrgica de la luxación seguido de un programa de terapia física; a la edad de 6 y medio meses se realiza la reducción cruenta de la luxación de hombro con un abordaje anterior, ingreso por surco deltopectoral, confirmando la hipotrofia del músculo deltoides, pectoral mayor y trapecio, así como de los músculos del manguito rotador, se identifica la apófisis coracoides con su músculo coraco-braquial, se identifica el músculo subescapular, que se desinserta, exponiendo el complejo cápsuloligamentario que se encuentra distendido e hipertrofiado se abre la cápsula, encontrándose una cavidad glenoidea pequeña, superficial y llena de tejido fibroso; se realiza limpieza de cavidad y eliminación de adherencias intracapsulares de la cabeza humeral, la misma que se encuentra pequeña, ovoidea, de aspecto deslustrado; se realiza la reducción respectiva encontrándose gran inestabilidad; se procede a la reconstrucción capsular complementando con plicatura estabilizante, luego se verifica rango de movilidad, y procede al cierre por planos, en el postoperatorio se inmoviliza con un Velpeau de yeso por 2 semanas, y al empezar el programa de terapia física abandona los controles y manejo presentándose nuevamente al servicio luego de 4 años; encontrándose al examen, mejoramiento del contorno anatómico del hombro, mejora parcial de la movilidad activa de la articulación, persistencia de la limitación de la supinación del antebrazo por la sinostosis; en la evaluación radiográfica si bien existe una reducción aceptable de la luxación persisten aún los signos de displasia ósea de toda la articulación, con una epífisis humeral proximal irregular en su contorno y en su configuración interna.

Actualmente está en un programa de terapia física para lograr mejor función del hombro y del resto del miembro superior.

DISCUSION

Cuando nos referimos a la luxación gleno-humeral, recordemos que en el adulto es la más frecuente del cuerpo, representando aproximadamente el 45% de todas las luxaciones; sin embargo en el niño no es tan frecuente y ello debido a la conformación anatómica de la articulación que hace que las fracturas sean mucho más frecuentes que la luxación.

Estos hechos hacen que la luxación gleno-humeral en niños no haya sido tan estudiada como en el adulto; y cuando nos referimos a la variedad congénita, la situación es aún más crítica, puesto que son mucho más raras aún y los reportes en la literatura son escasos, de ahí que algunos autores como Cozen, recomiendan realizar un estudio muy detenido para descartar primero una luxación parálitica, por trauma de nacimiento, similar recomendación lo realizan los autores: Frosh, Greig y Whitman.

El caso que se presenta ha sido estudiado para descartar antecedente y cuadro de trauma obstétrico, y parálisis obstétrica, considerándose finalmente que se trataba de un cuadro de luxación congénita de hombro.

Al realizar la evaluación clínica se han encontrado características que concuerdan con los casos reportados como luxación congénita, alteraciones que se han corroborado durante el acto operatorio; se ha encontrado hipotrofia de diferente grado en los músculos extrínsecos e intrínsecos de la articulación, e hipoplasia de los componentes óseos; características que han dificultado la intención la estabilidad articular, que en cierta forma se ha superado con la plicatura y refuerzo capsular.

El resultado final no ha sido plenamente satisfactorio, a pesar de haber mejorado la movilidad y la conformación anatómica del hombro; y ello podría ser explicado por los siguientes factores:

- 1) Alteraciones óseas existentes al momento de la reducción.
- 2) Hipotrofia de diferente grado en los músculos extrínsecos e intrínsecos de la articulación.
- 3) Abandono del programa de terapia física de parte del paciente.
- 4) Existencia concomitante de sinostosis radiocubital proximal del mismo miembro.

La presentación del presente caso, debe invitar a revisar la literatura al respecto y realizar una evaluación minuciosa para seleccionar el mejor esquema terapéutico y lograr una máxima participación de familiares para conseguir el éxito anatómico-funcional deseado.

Correspondencia :

*Dr. Fernando Benavente Arce
Servicio de Traumatología.
Clínica IPSS Alberto Sabogal.
Av. Argentina 551 - Callao
Callao 1 - Perú.*

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Badgley CE, et al:** Combined procedure for the repair of recurrent anterior dislocation of the shoulder. *J. Bone Joint surg.* 1965. 47 A (1293).
- 2) **Bechtol CO:** Biomechanics of the shoulder. *Clin. Orthop.* 1980. 146 (37 - 41).
- 3) **Benavente A, Fernando:** Radiografías básicas de hombro, Revista del Instituto Peruano de Seguridad Social. 1991.- Vol 1 (18 - 23)
- 4) **Benavente A, Fernando:** Técnicas radiográficas en hombro. Revista de la Sociedad Peruano de Ortopedia y Traumatología. 1993, N° 27 (49 - 51)
- 5) **Brockbank, et al:** Orthopedic surgery in the 16th and 17th centuries, *J. Bone Joint Surg.* 1948. 30B (365 - 375)
- 6) **Chung MK, et al:** Congenital and development defects of the shoulder. *Orthop Clin. North Am* 1975. 6 (381)
- 7) **Gerlev C, et al:** Clinical assessment of inestability of the shoulder. *J. Bone Joint Surg.* 1984. 66B (551 - 556).
- 8) **Green NE:** Anterior subglenoid dislocation of the shoulder in an infant. *Clin Orthop.* 1978. 135(125 - 127).
- 9) **Hawkins RH:** Failed anterior reconstruction for shoulder inestability. *J. Bone Joint Surg.* 1985. 67: 5(709 - 714)
- 10) **Hovelius L:** Anterior dislocation of the shouder in teenagers and young adults. five years prognosis. *J. Bone Joint Surg.* 1987. 69A (393)
- 11) **Huber H, and Herbe C:** Voluntary subluxation of the shoulder in children. *J Bone Joint Surg.* 1994 76B (118 - 122)
- 12) **Hohnson JR:** Loss of shoulder function following acute anterior dislocation . *J. Bone Joint Surg.* 1991. 63B (633).
- 13) **Kanhn D, et al:** Traumatic bone paralytic dislocation of the shoulder in a newborn infant. *J. Pediatric Orthop.* 1984. 4 (121)
- 14) **Loveel-Winter:** Luxación congénita de hombro. *Ortopedia Pediátrica de Lovell y Winter.* 1988 (667 - 668)
- 15) **Matsen FA, et al:** Anterior glenohumeral inestability. *The Shoulder.* Rockwood Ch. 1990 (526 - 622)
- 16) **Rockwood Ch, Curtis R:** Glenohumeral subluxation and dislocation in children. *The shoulder* Rockwood. 1990. (1002 - 1010)
- 17) **Tachjian:** Luxación congénita de hombro. *Ortopedia pediátrica de Tachjian.* 1976 (97).