



Luxación Glenohumeral Posterior. Revisión

Antonio Ginés Santiago¹, Arnold Antonio Montes Tomé¹, Sara Higuero Hernando² Marta Álvarez García¹, Claudia Hurtado Gómez¹, María de la O Hernández Herrero¹ Cristina Mostaza Sariñena¹, Gabriel Fernández Pérez¹.

¹Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid;

²Complejo Asistencial Universitario, Palencia.



OBJETIVO DOCENTE

- Revisar los hallazgos radiológicos de la luxación glenohumeral posterior.
- Se presentan casos de luxación glenohumeral posterior diagnosticados en nuestro centro.



REVISIÓN DEL TEMA

INTRODUCCIÓN

- La luxación de hombro o glenohumeral (LGH) consiste en la separación de la cabeza humeral de la glenoides.
- La luxación posterior es infrecuente (2-4%), siendo mucho más frecuente la luxación anterior (>95%).
- Puede ser secundaria a una contracción muscular violenta, en el contexto de una convulsión o menos frecuentemente electrocución. También puede verse en traumatismos de alta energía con el hombro en rotación interna y abducción.
- Clínicamente es más difícil de diagnosticar que la luxación anterior, ya que el hombro no presenta una deformidad visible, al contrario que en la luxación anterior. Incluso puede pasar desapercibida en la radiografía simple, siendo importante el contexto clínico.
- El diagnóstico suele ser tardío, estando el pronóstico en relación directa con el tiempo de evolución, por lo que es importante un diagnóstico precoz.



HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

Radiología Simple

- La LGH posterior puede pasar desapercibida en proyecciones AP en la mitad de los casos, ya que la cabeza humeral se muestra casi normalmente alineada con la glenoides. Se prefiere la proyección axilar o axilar modificada como alternativa. La proyección escapular "en Y" se ha observado que no es fiable para su diagnóstico.
- Los hallazgos en Rx simple son:
 - Ausencia de rotación externa.
 - Signo de la bombilla: rotación interna fija de la cabeza humeral, que muestra una apariencia redondeada.
 - "Trough line sign": se observan dos líneas paralelas en el aspecto súpero-medial de la cabeza humeral.
 - Pérdida del signo de la media luna superpuesta (normal), apareciendo la fosa glenoidea vacía debido al desplazamiento lateral de la cabeza humeral (signo de la glena vacía).
 - Signo del borde: ensanchamiento de la articulación glenohumeral > 6 mm.
 - Ángulo agudo del arco escápulo-humeral.



REVISIÓN DEL TEMA

Hallazgos asociados (otras técnicas)

- Defecto de Hill-Sachs inverso o fractura de Mc Laughlin: fractura-impacción del aspecto ántero-medial de la cabeza femoral.
- Desgarro labral o cápsulo-labral posterior (lesión de Bankart inversa).
- Fractura de Bankart posterior.
- Lesión de Bennett (calcificación de la banda posterior del ligamento glenohumeral inferior).
- Fractura proximal humeral asociada, especialmente del cuello anatómico o tuberosidad menor.
- Lesión HAGL posterior.
- Avulsión del manguito perióístico cápsulolabral posterior (lesión POLPSA).

CASO 1

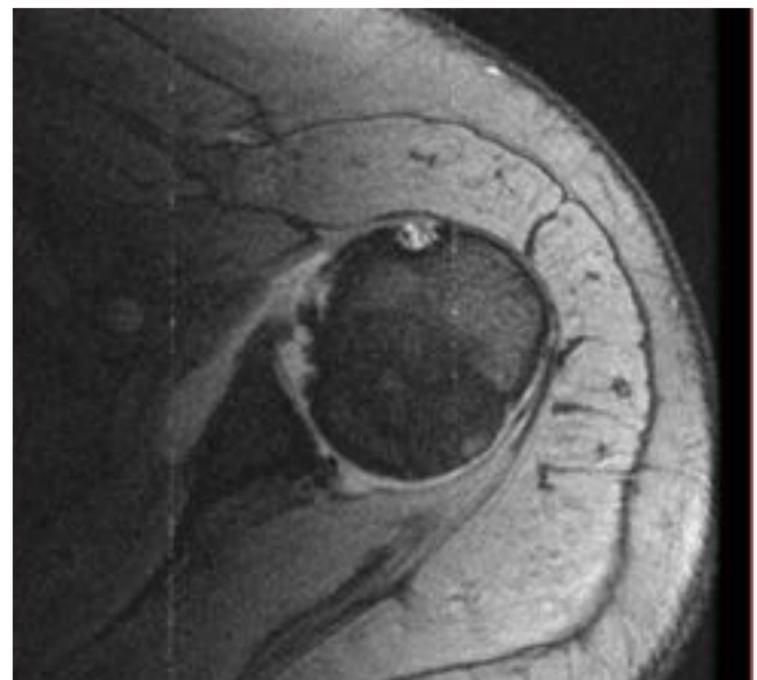
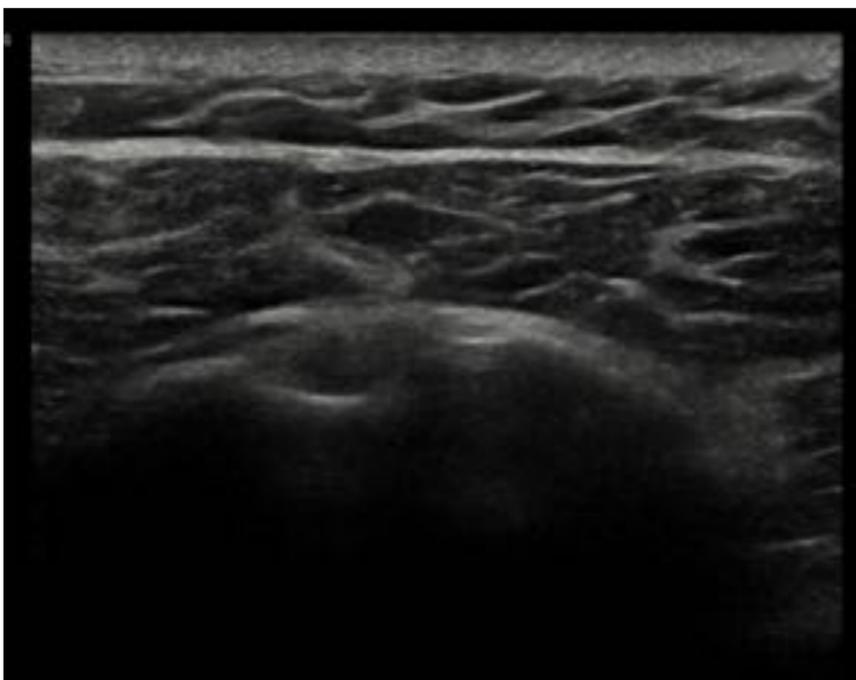
- Varón de 49 años, con caída accidental con impacto en hombro izquierdo.
- Impotencia funcional del hombro desde entonces.
- Reducción cerrada e inmovilización con cabestrillo en abducción.



Signo de la Bombilla



Lesión de Hill-Sachs inversa y fractura de Bankart posterior.



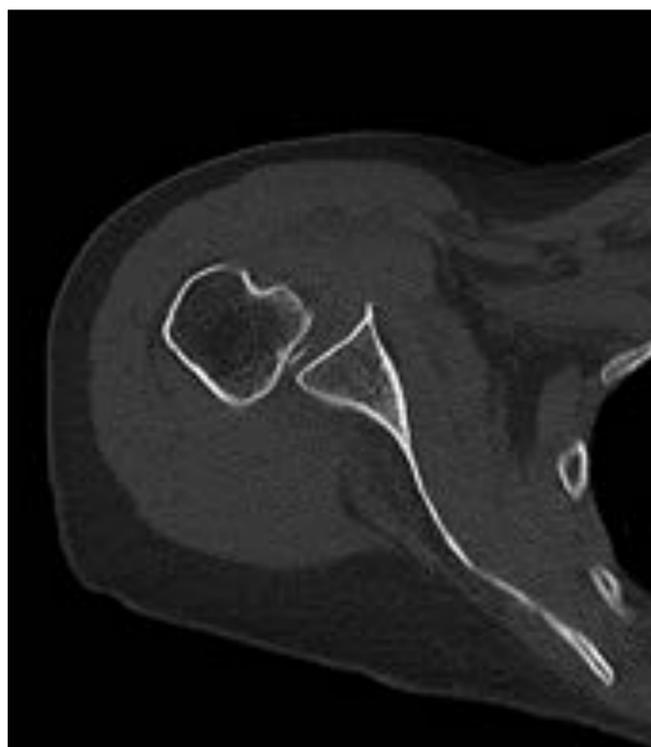
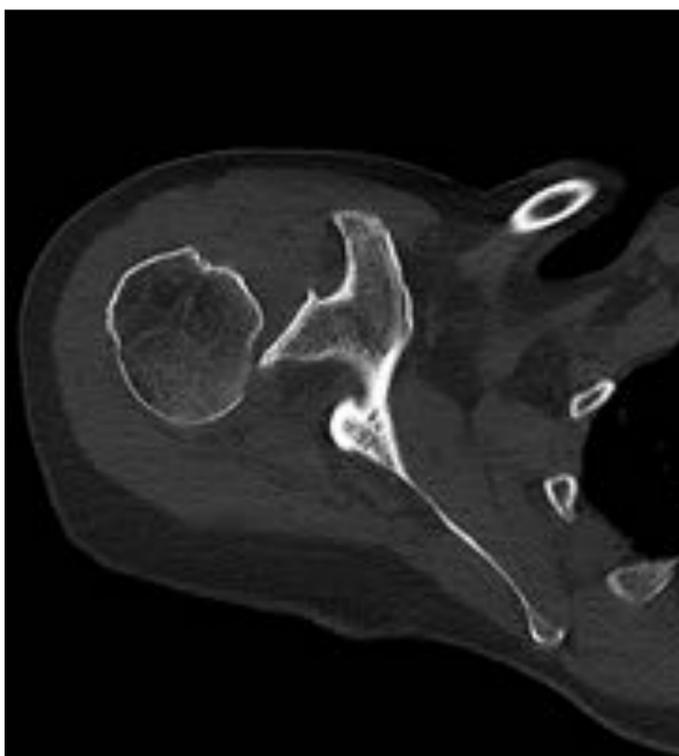
Ecografía y RM posterior: rotura completa del tendón del subescapular.

CASO 2

- Mujer de 85 años, con caída accidental y traumatismo directo en hombro derecho.
- Deformidad, dolor e impotencia funcional.
- Reducción cerrada e inmovilización con cabestrillo.



Luxación posterior. En proyección AP: ausencia de rotación externa y signo de la Glena Vacía.



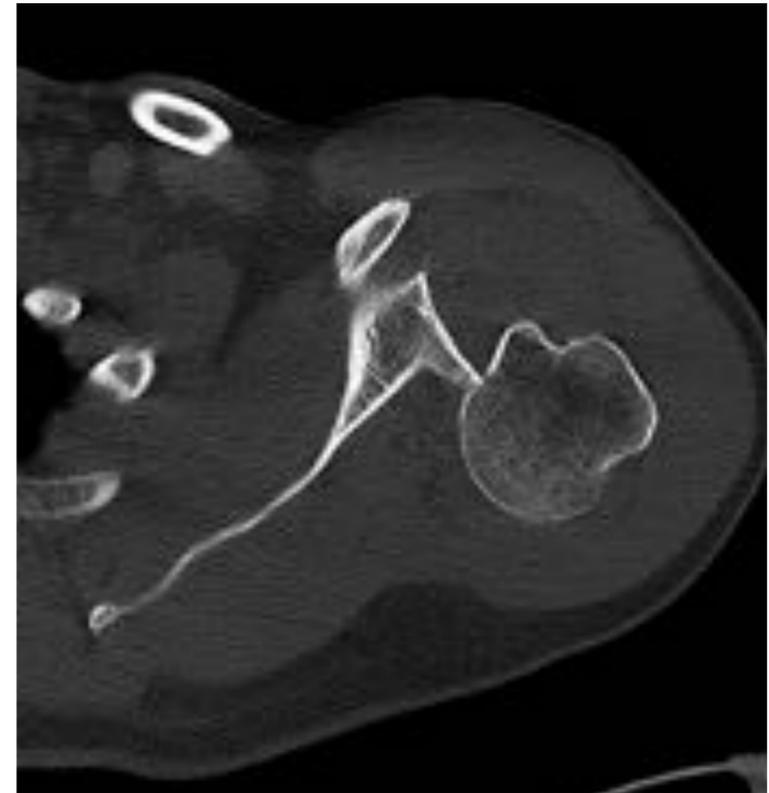
TC: lesión de Hill-Sachs inversa con fragmento óseo.

CASO 3

- Varón de 59 años. Dolor e impotencia funcional en hombro izquierdo tras caída accidental desde 4 metros.
- Reducción cerrada e inmovilización en abducción y rotación externa.



Rx antes y después de la reducción.

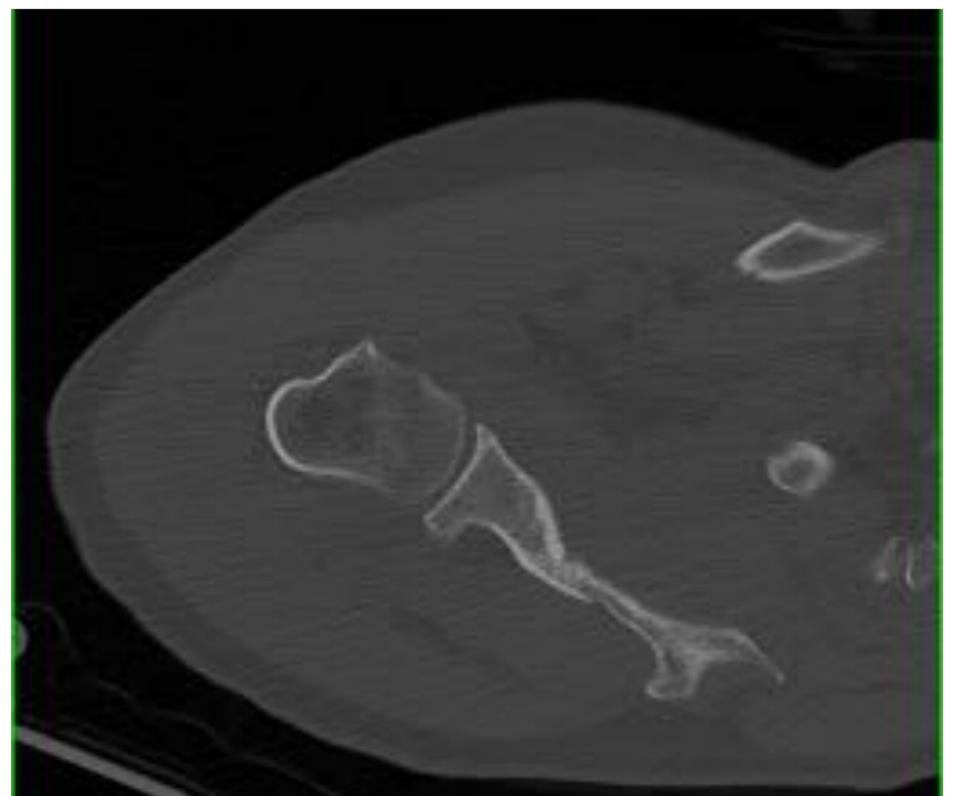
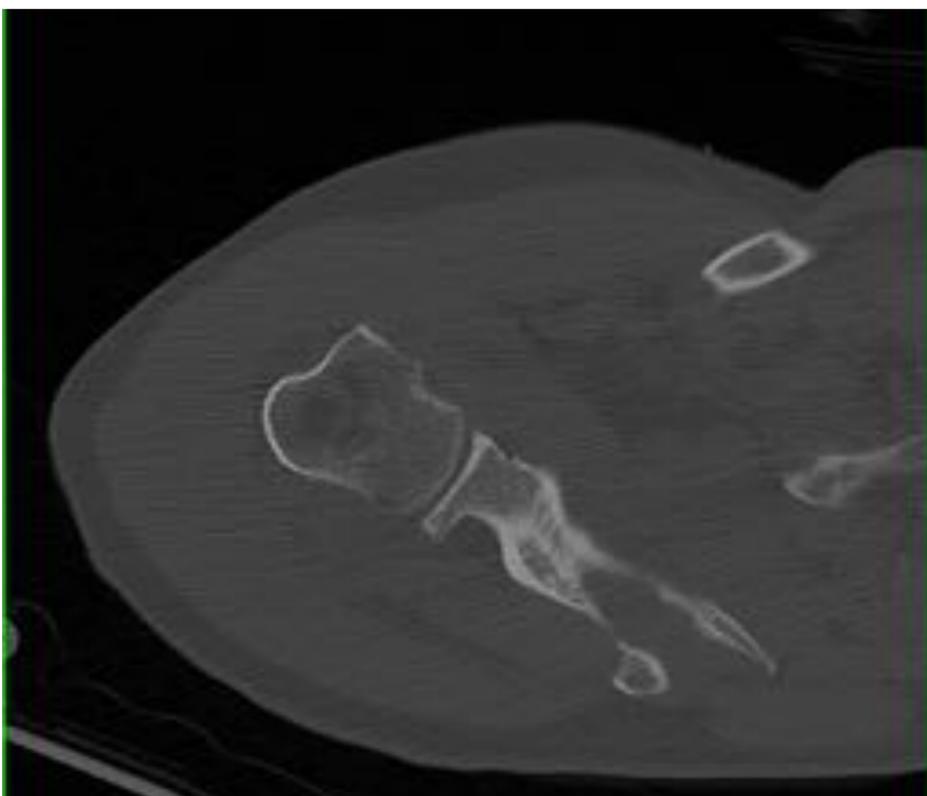


Luxación posterior en TC con reconstrucciones 3D.

CASO 4

- Varón de 53 años, llevado por el 112 a urgencias por crisis convulsiva tónico-clónica.
- Posterior impotencia funcional en hombro derecho.
- Reducción cerrada con posterior luxación recidivante.
- Precisa intervención quirúrgica (reanclaje de labrum posterior e intervención de Mc Laughlin).

Signo de la Bombilla y ensanchamiento de la articulación glenohumeral



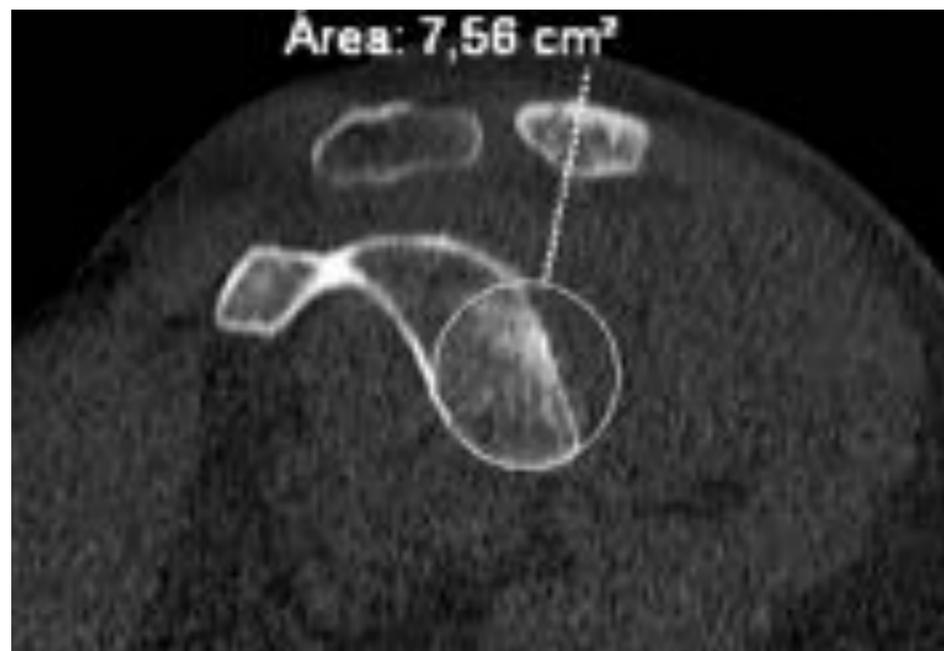
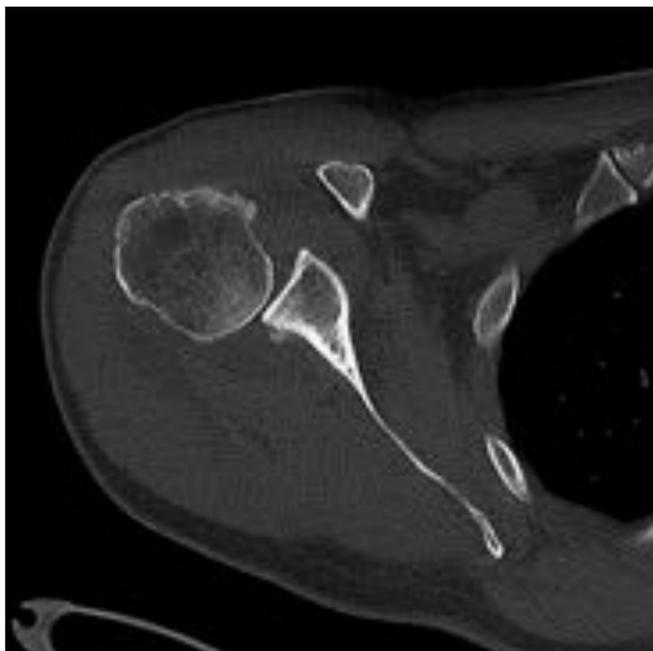
Lesión de Hill-Sachs inversa y fractura de Bankart posterior.

CASO 5

- Varón de 52 años, con caída accidental sobre el lado derecho, con traumatismo directo en hombro. Antecedentes de luxación recidivante.
- Dolor e impotencia funcional del hombro.
- Reducción cerrada e inmovilización en rotación externa.



Rx con luxación gleunohumeral posterior antes y después de la reducción.

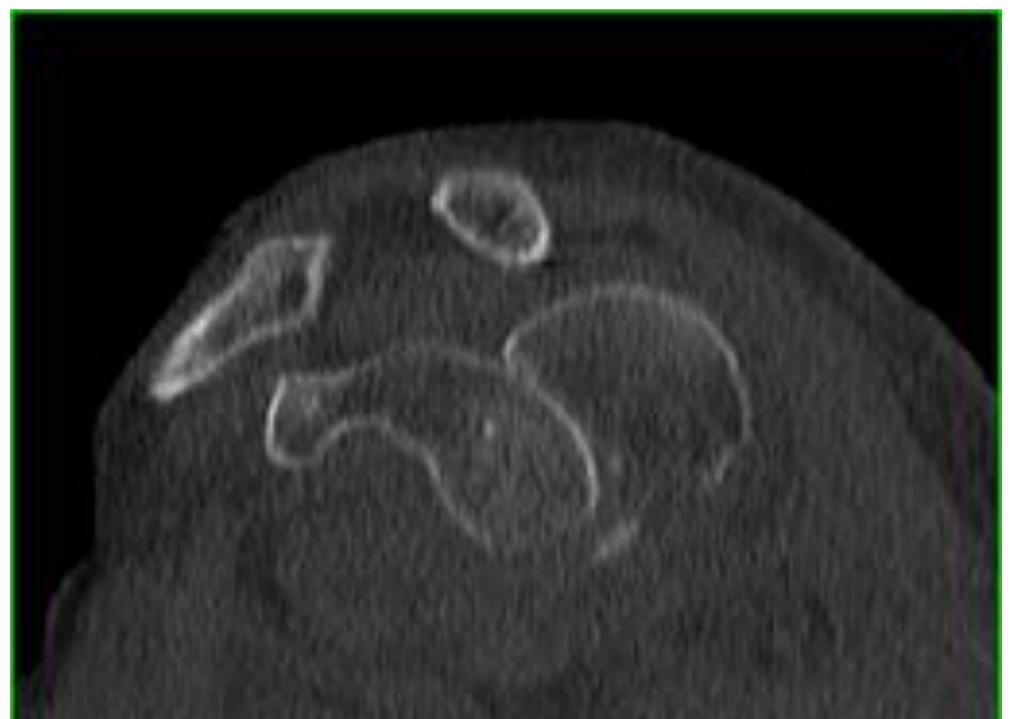
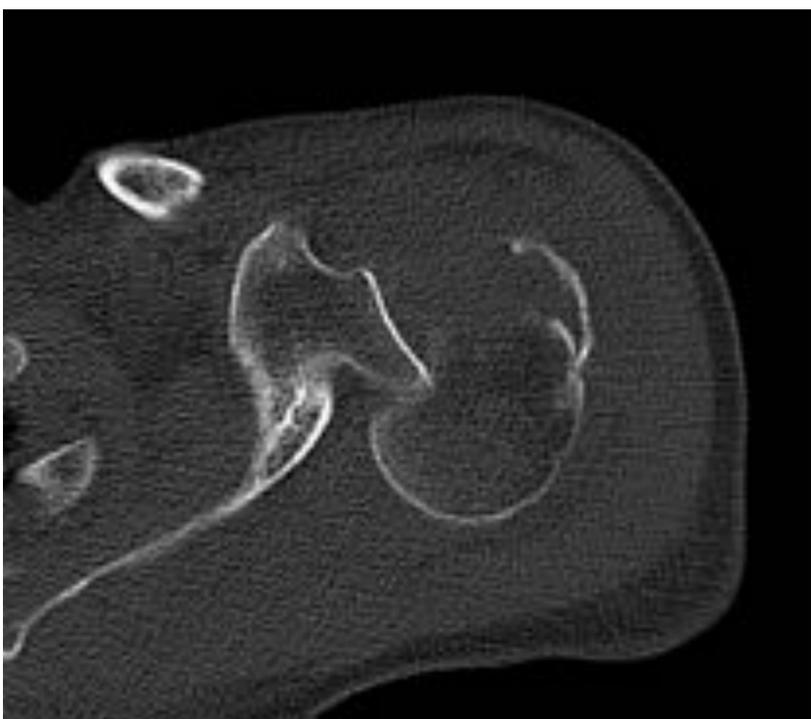


Lesión de Hill-Sachs inversa y fractura de Bankart posterior.



CASO 6

- Mujer de 95 años, con cuadro confusional en residencia.
- Refiere dolor en hombro izquierdo.
- Reducción en quirófano de fractura-luxación.



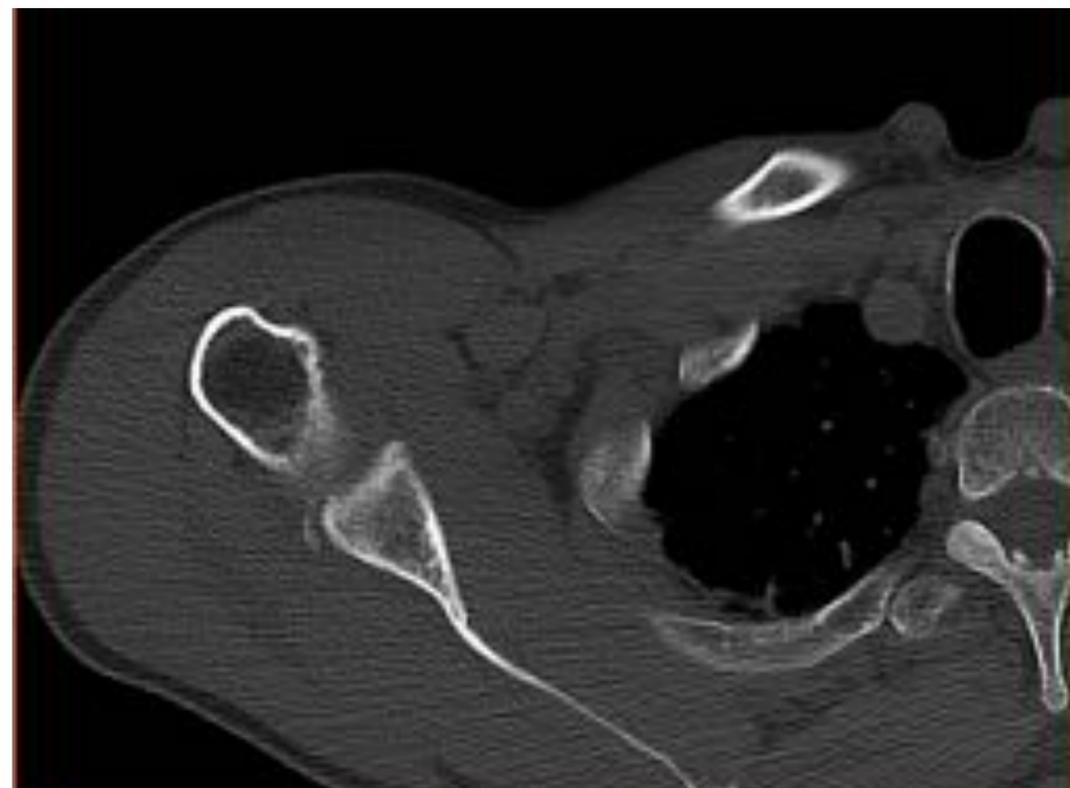
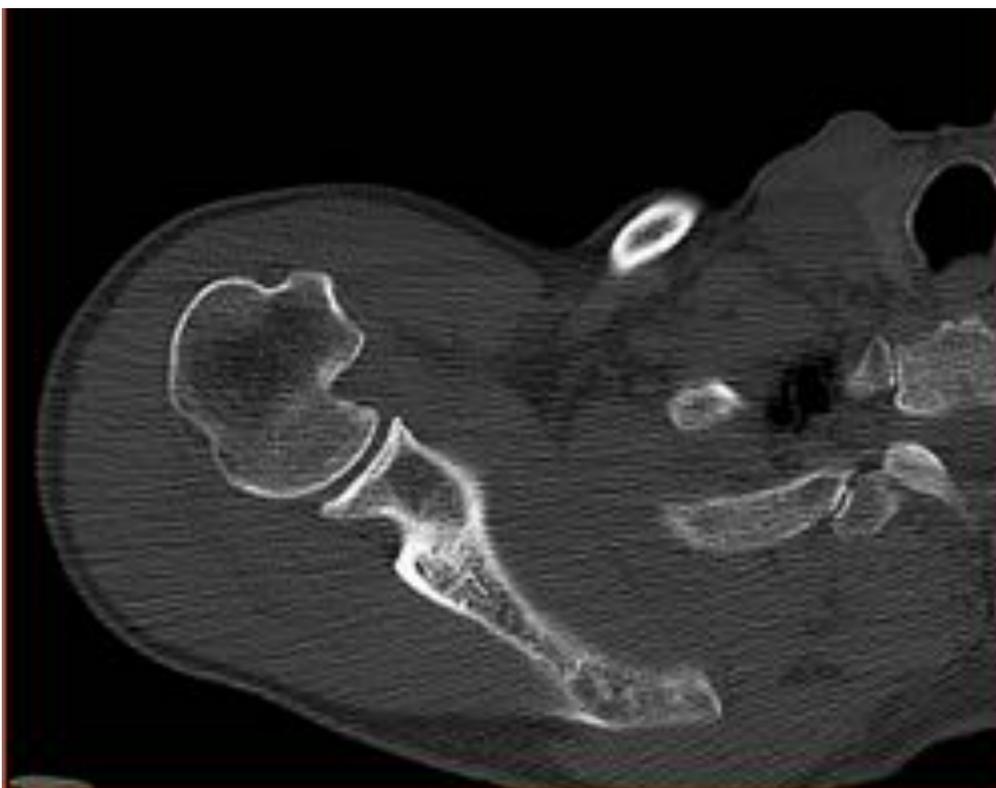
Fractura humeral con luxación posterior e impactación de la cabeza humeral.

CASO 7

- Varón de 64 años, con caída accidental sobre brazo derecho..
- Dolor y deformidad en hombro derecho.
- Reducción cerrada bajo sedación e inmovilización.



Rx simple con ausencia de rotación y ensanchamiento de articulación glenohumeral

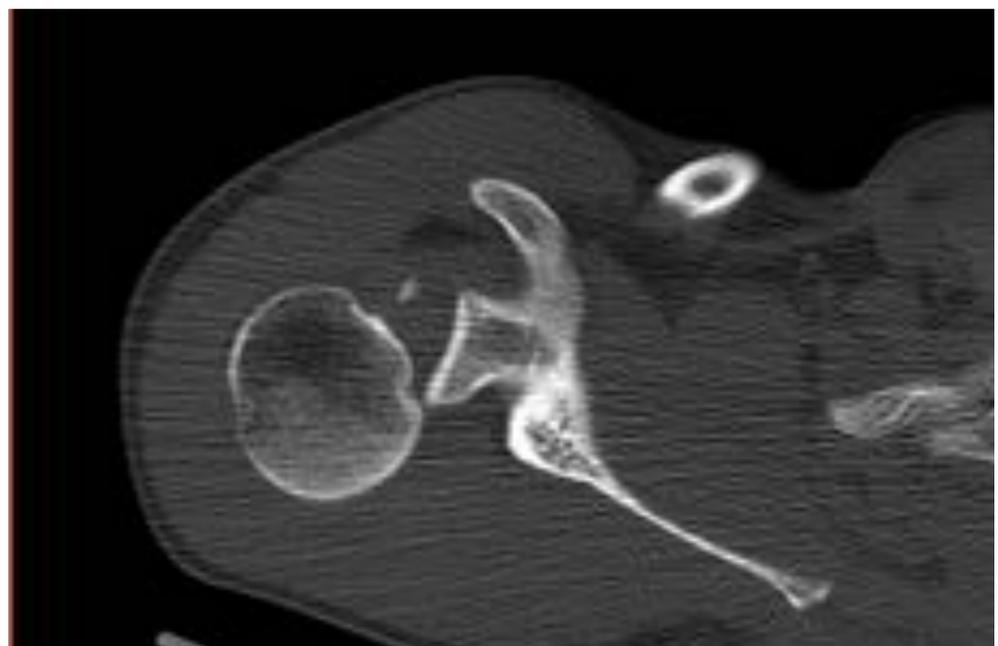
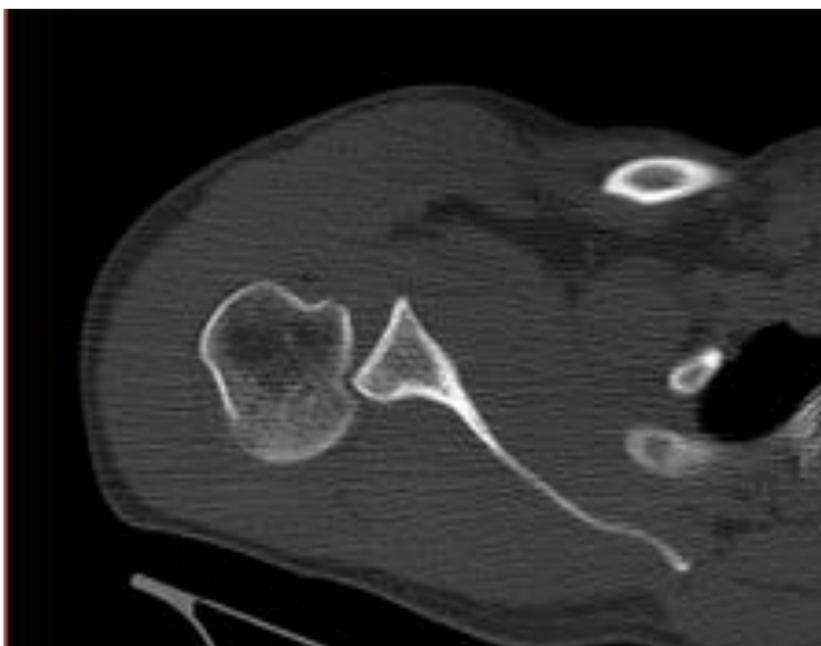


Lesión de Hill-Sachs inversa y fractura de Bankart posterior.



CASO 8

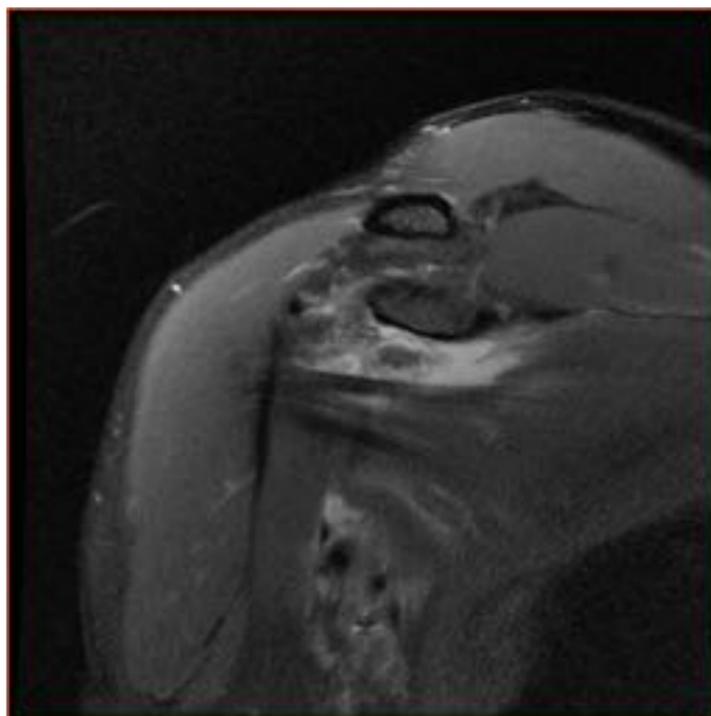
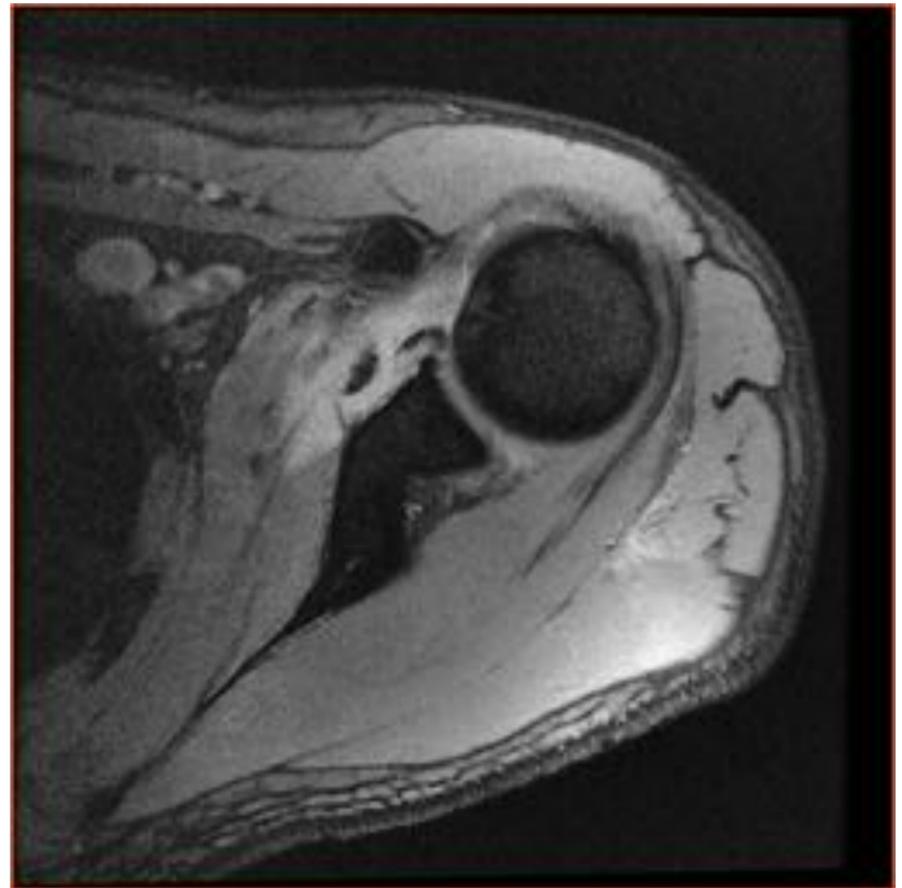
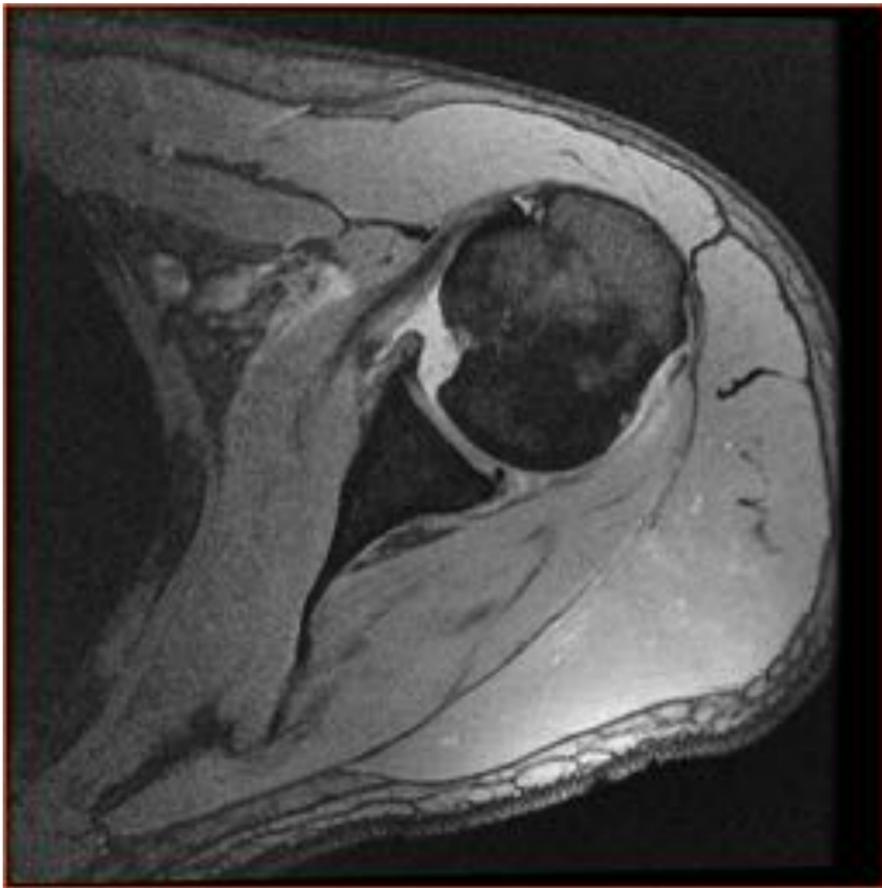
- Varón de 37 años, con caída en bicicleta.
- Hematoma y dolor en hombro derecho.
- Reducción cerrada.



Luxación glenohumeral posterior con impactación de la cabeza humeral, lesión de Hill-Sachs inversa y fragmento óseo.

CASO 9

- Varón de 50 años, que acude por accidente de moto.
- Dolor e impotencia funcional en hombro izquierdo.
- Intervenido mediante artroscopia por desinserción de labrum posterior.



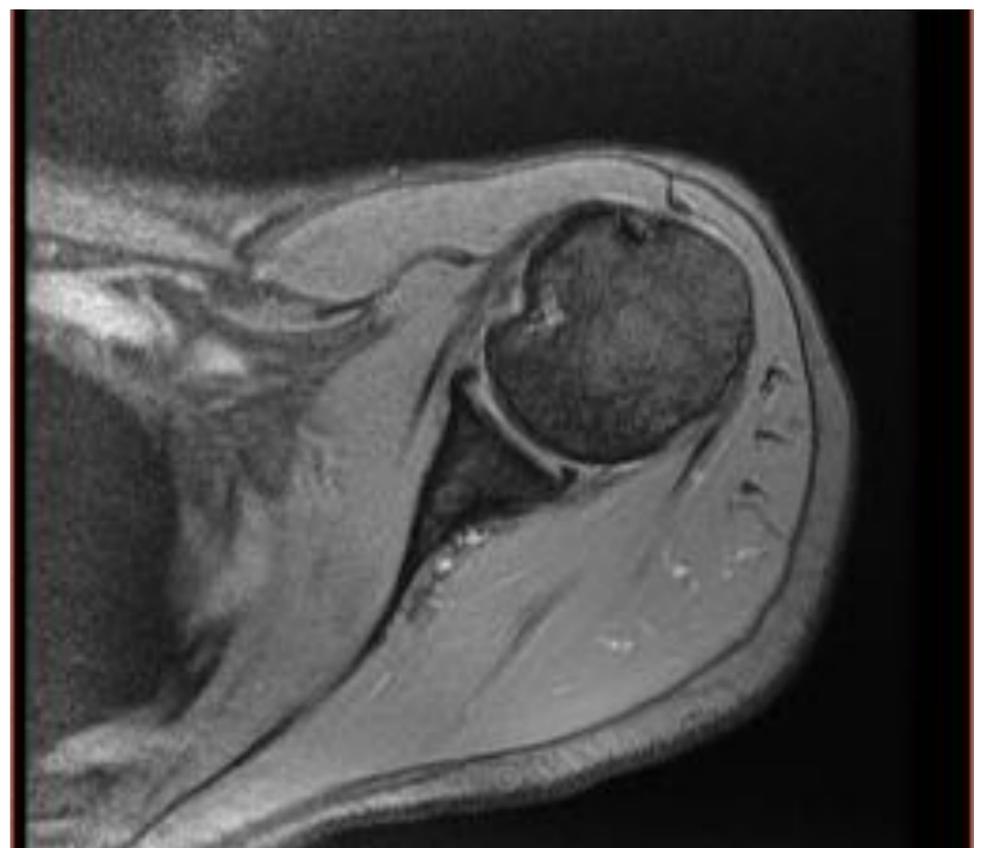
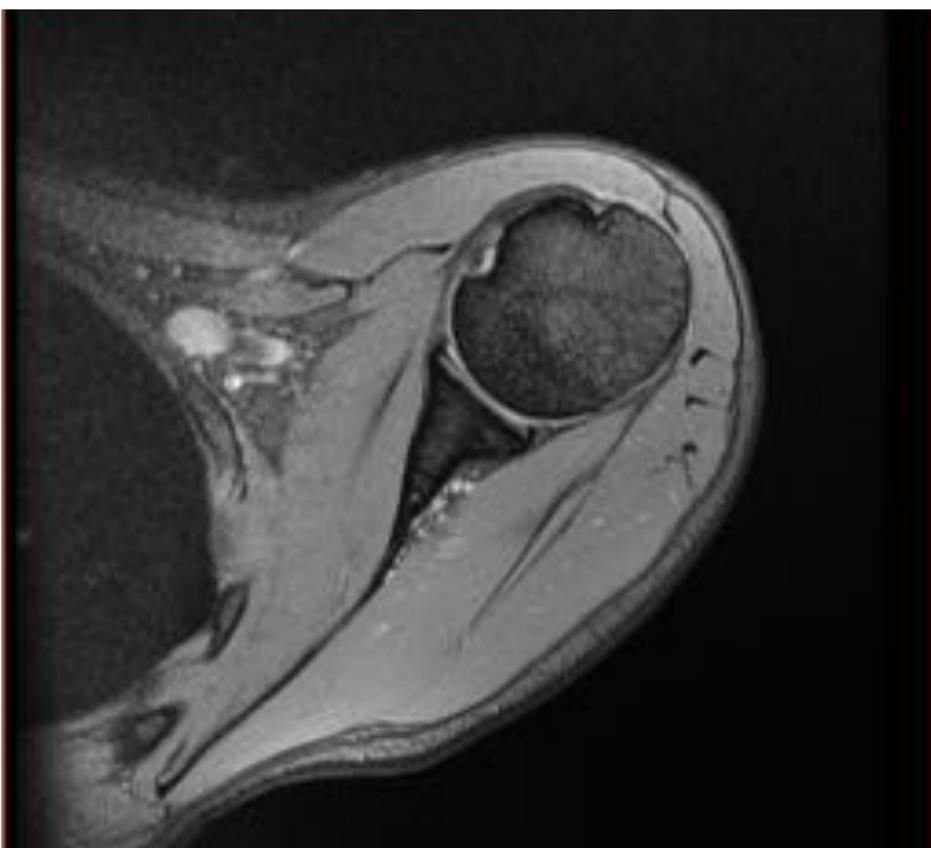
RM con lesión de Hill-Sachs inversa, fragmento óseo y rotura parcial del tendón del subescapular.

CASO 10

- Mujer de 42 años, con caída accidental sobre hombro izquierdo.
- Antecedentes de luxación recidivante de hombro izquierdo (4 episodios).
- Autorreducción por parte de la paciente. Inmovilización con cabestrillo. Rehabilitación.



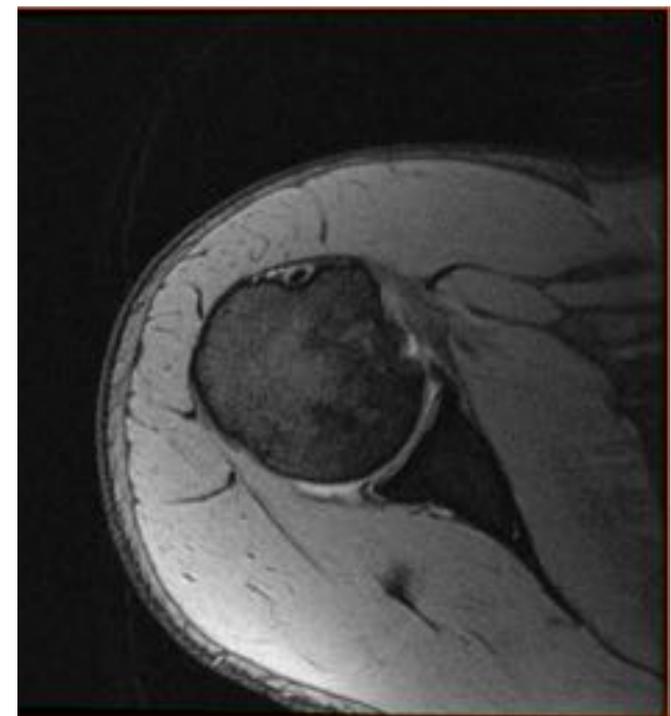
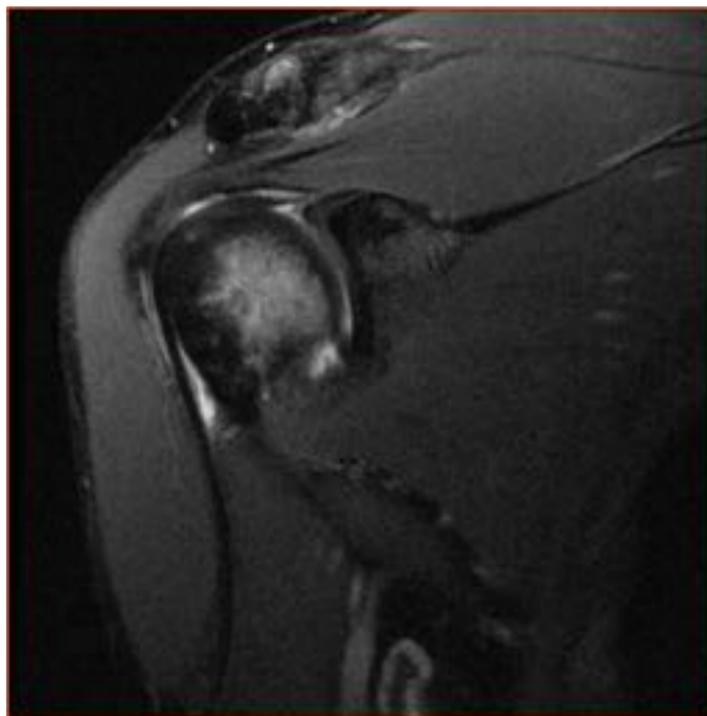
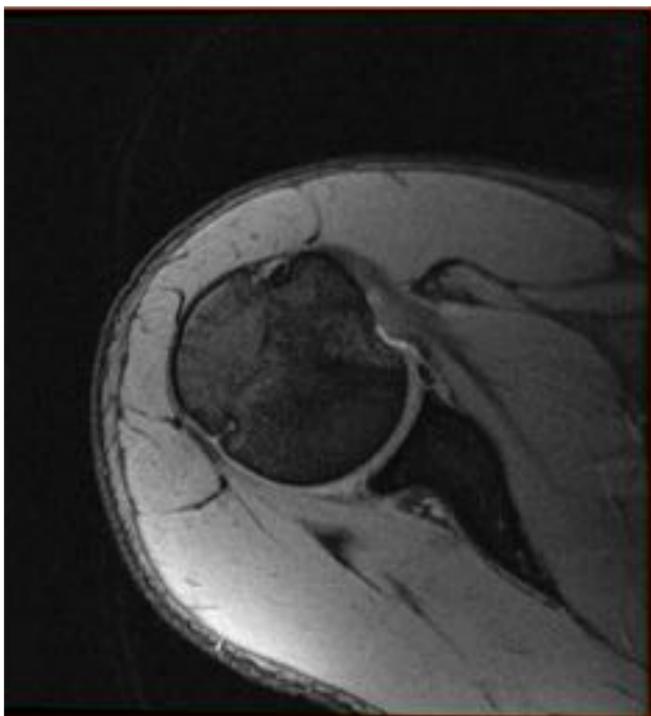
Rx simple con signo de la Bombilla (rotación interna de la cabeza humeral).



RM actual vs antigua. Lesión de Hill-Sachs inversa, con edema en RM antigua.

CASO 11

- Varón de 37 años, con caída accidental en bicicleta con impacto en hombro derecho.
- Dolor a la movilización del hombro.
- Reducción cerrada e inmovilización con cabestrillo.



Lesión de Hill-Sachs inversa con edema óseo y lesión de Bankart posterior.



CONCLUSIONES

- La luxación glenohumeral posterior es infrecuente y difícil de diagnosticar clínicamente, incluso puede pasar desapercibida en la radiología simple.
- El pronóstico tiene relación directa con el tiempo de evolución, por lo que es importante su diagnóstico radiológico precoz.



BIBLIOGRAFÍA

- Radswiki, T., Knipe, H. Posterior shoulder dislocation. Reference article, Radiopaedia.org. (accessed on 28 Feb 2022)
<https://doi.org/10.53347/rID-12243>.
- Hawkins R, Neer C, Pianta R, Mendoza F. Locked Posterior Dislocation of the Shoulder. J Bone Joint Surg Am. 1987;69(1):9-18.
- Zamorano C C, Muñoz Ch S, Paolinelli G P. Inestabilidad glenohumeral: Lo que el radiólogo debe saber. Rev Chil Radiol [Internet]. 2009;15(3):128-40.
- Hiramuro Shoji F. Luxación glenohumeral posterior. Medigraphic volumen 6 Numero 3. Julio-septiembre 2010.