

Luxación anterior crónica de hombro izquierdo sin compromiso funcional significativo

Chronic anterior dislocation of the left shoulder without significant functional impairment

Eduardo Alfredo Enríquez Muñoz,^{*,‡,||} Joana Andrea Rebolledo Casas,^{*,‡,**}
 Fernando Jaramillo Arriaga,^{*,‡,‡‡} Carolina Martínez Ovis,^{*,§,§§} Cynthia Nalleli González Ramírez,^{*,§,¶¶}
 María de Guadalupe Gómez Pérez^{*,¶,***}

Citar como: Enríquez MEA, Rebolledo CJA, Jaramillo AF, Martínez OC, González RCN, Gómez PMG. Luxación anterior crónica de hombro izquierdo sin compromiso funcional significativo. Acta Med GA. 2026; 24 (1): 62-65. <https://dx.doi.org/10.35366/122163>

Resumen

La luxación crónica de hombro es excepcionalmente rara. El abordaje terapéutico se apoya por estudios de imagen seccional. Informamos el caso de un hombre de 59 años con una luxación anterior de hombro izquierdo de más de dos años de evolución, quien desconocía su condición. Acudió a la realización de resonancia magnética (RM) como abordaje diagnóstico por limitación funcional, donde observamos la luxación anterior de hombro, con pérdida completa del cartílago articular, lesión de Bankart, lesión de Hill-Sachs, con un defecto de la cabeza humeral superior a 40%, fibrosis con engrosamiento de la cápsula articular e integridad de la porción larga del bíceps, así como del manguito rotador, a excepción del infraspinoso.

Palabras clave: luxación glenohumeral anterior, luxación crónica, resonancia magnética, reducción cerrada, reducción quirúrgica.

Abstract

Chronic shoulder dislocation is exceptionally rare. Sectional imaging studies determine the therapeutic approach. We report the case of a 59-year-old male with an anterior dislocation of the left shoulder of more than two years' evolution, who was unaware of his condition. He underwent magnetic resonance imaging (MRI) as a diagnostic approach due to functional limitation, where we observed anterior shoulder dislocation with complete loss of articular cartilage, a Bankart lesion, a Hill-Sachs lesion with a humeral head defect greater than 40%, fibrosis with thickening of the joint capsule, and integrity of the long head of the biceps and the rotator cuff tendons, except for the infraspinatus.

Keywords: anterior glenohumeral dislocation, chronic dislocation, magnetic resonance imaging, closed reduction, surgical reduction.

* Hospital Angeles Pedregal. Ciudad de México, México.

‡ Médico residente de Alta Especialidad en Resonancia Magnética del Sistema Musculoesquelético.

§ Médico residente de Alta Especialidad en Resonancia Magnética de Cuerpo Completo.

¶ Médico titular de los cursos de Alta Especialidad en Resonancia Magnética del Sistema Musculoesquelético y de Cuerpo Completo.

ORCID:

|| 0009-0004-4033-0183

** 0000-0002-9697-2167

‡‡ 0009-0008-3014-0078

§§ 0000-0001-6793-0171

¶¶ 0000-0002-9767-900X

*** 0009-0005-3498-5594

Correspondencia:

Eduardo Alfredo Enríquez Muñoz

Correo electrónico: alenmuz_idt@hotmail.com

Recibido: 30-09-2024. Aceptado: 06-11-2024.

www.medigraphic.com/actamedica



INTRODUCCIÓN

La luxación anterior de hombro, aunque rara, es la más común, con una incidencia anual de 25.2 por cada 100,000 pacientes.¹ Los factores de riesgo son la práctica de deportes, la hiperlaxitud y el índice glenoideo.² El dolor y la limitación funcional llevan a la búsqueda de atención médica; el diagnóstico se establece de manera oportuna, y la reducción cerrada es suficiente para el manejo en un contexto agudo.³ El diagnóstico erróneo o la negligencia del paciente en la búsqueda de atención médica conducen a una luxación crónica. Los pacientes suelen tener hipofrenia o ser ancianos. El manejo es quirúrgico y la elección de éste se determina en función de la temporalidad, la afectación

del cartílago articular, el porcentaje del defecto en la cabeza humeral y el grado de rigidez de los tejidos blandos.^{4,5}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 59 años que acude para la realización de una resonancia magnética (RM) de hombro izquierdo debido a una limitación funcional presente de más de dos años, asociada con una caída desde su propia altura, en la cual su hueco axilar quedó atrapado en el respaldo de una silla. El paciente pospuso la atención médica debido a la pandemia y a que las molestias eran tolerables. La RM revela: luxación anterior de hombro con pérdida completa del cartílago articular, lesión de Bankart, lesión de Hill-

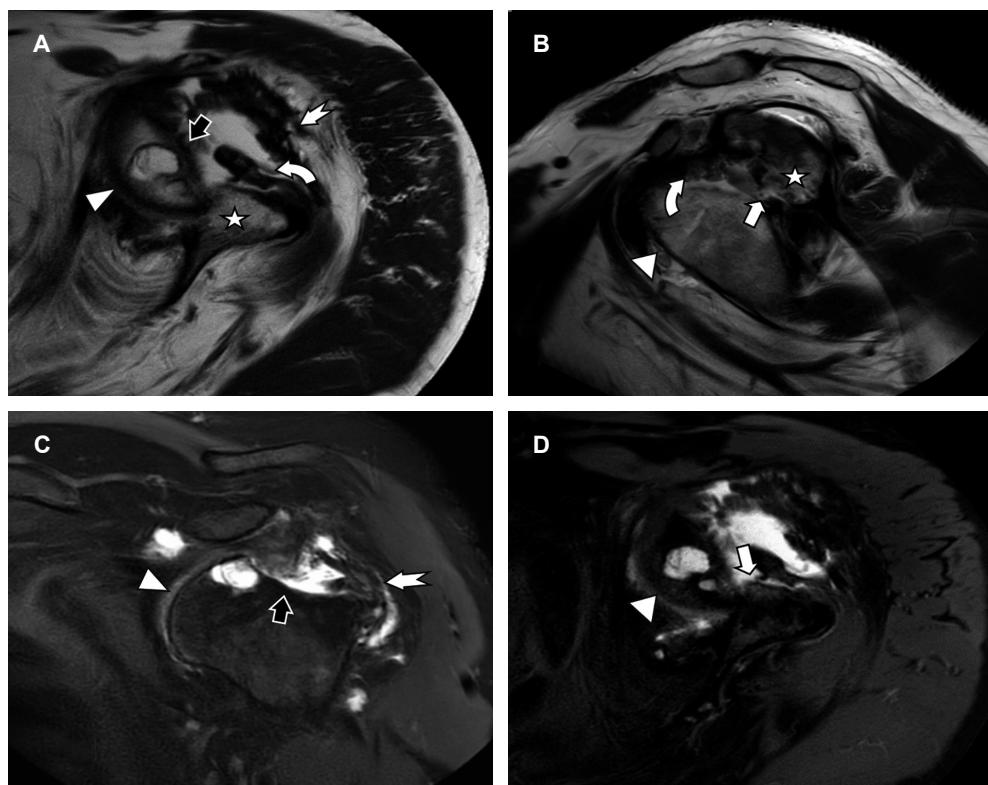


Figura 1: Luxación anterior crónica de hombro izquierdo en un paciente de 59 años. **A)** Imagen axial T2W que ilustra la luxación anterior de la cabeza humeral con respecto a la glenoides, las cuales están señaladas con la punta de flecha y la estrella blanca, respectivamente. Se observa un defecto en la cabeza humeral superior a 40%, marcado con la flecha negra, engrosamiento capsular, indicado por la flecha curva, y fibras tendinosas del manguito rotador que se dirigen hacia su sitio de inserción, señaladas por la flecha con muesca. **B)** Imagen sagital T2W que muestra la luxación anterior de la cabeza humeral sobre las glenoides, también señaladas por la punta de flecha y la estrella blanca, respectivamente. Además, se aprecia el engrosamiento capsular y la pérdida del labrum glenoideo anteroinferior (lesión de Bankart), indicados con la flecha curva y la flecha blanca, respectivamente. **C)** Imagen sagital DP-Fatsat que resalta el defecto en la cabeza humeral, superior a 40%, marcado por la flecha negra, así como el remanente de fibras del manguito rotador que se dirigen a su sitio de inserción, señaladas por la flecha con muesca. **D)** Imagen axial DP-Fatsat donde se observa la lesión de Bankart y la pérdida del cartílago articular glenoideo, ambos marcados por la flecha blanca.

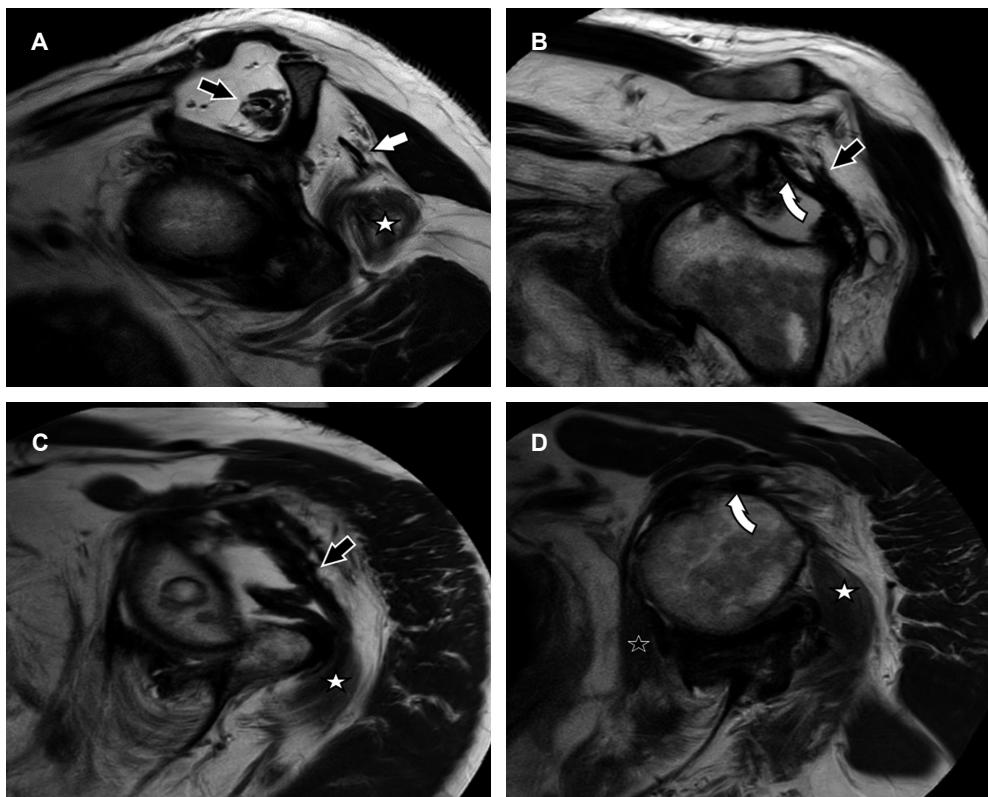


Figura 2: Luxación anterior crónica de hombro izquierdo en un paciente de 59 años. **A)** Imagen sagital T2W que muestra la atrofia e infiltración grasa grado 1 de Goutallier del supraespinoso y del redondo menor, marcados con la flecha negra y la estrella blanca, respectivamente. Además, se observa la infiltración grasa de grado 4 de Goutallier del infraespinoso, señalado por la flecha blanca. **B)** Imagen coronal T2W donde se aprecian las fibras tendinosas del supraespinoso hacia su inserción humeral, señaladas con la flecha negra. También se observa la inserción glenoidea y la porción intraarticular del tendón de la porción larga del bíceps (PLB), señalada por la flecha curva. **C)** Imagen axial T2W que muestra el tendón y la unión miotendinosa del redondo menor, así como el tendón del supraespinoso hacia su inserción humeral, marcados con la estrella blanca y la flecha negra, respectivamente. **D)** Corte axial T2W más inferior donde se observa el músculo subescapular atrofiado, así como la porción extraarticular de la PLB dentro de su corredera, señalados por la estrella negra y la flecha curva, respectivamente.

Sachs, con un defecto de la cabeza humeral que supera el 40%, fibrosis extensa con engrosamiento de la cápsula articular e integridad de la porción larga del bíceps, así como del manguito rotador, a excepción del infraespinoso (*Figuras 1 y 2*).

DISCUSIÓN

Las luxaciones con más de una semana deben considerarse crónicas y subdividirse en tres grupos: crónica temprana (de una a tres semanas), crónica tardía (de tres a 12 semanas) y crónica antigua (más de 12 semanas).³

La reducción artroscópica es adecuada antes de que las contracturas de los tejidos blandos se vuelvan irreversibles. Está recomendada cuando el cartílago

articular está sano y el defecto de la cabeza humeral es menor a 20%.⁴

La artroplastia se recomienda en casos con daño severo a hueso y cartílago. Está indicada cuando hay un defecto mayor a 40% en la cabeza humeral y la dislocación supera los seis meses,⁵ como es el caso de nuestro paciente.

CONCLUSIONES

La luxación crónica antigua de hombro es una condición extremadamente rara, cuyo manejo generalmente se orienta hacia la artroplastia debido al tiempo transcurrido desde la lesión. La evaluación del daño en el cartílago articular, el porcentaje de defecto en la cabeza humeral y el grado de fibrosis en los tejidos blandos de la articulación dictan el

abordaje terapéutico. En el caso de nuestro paciente, lamentablemente, las opciones de tratamiento, según la literatura, se limitan a la artroplastia o, en su defecto, a la artrodesis.

REFERENCIAS

1. Becker B, Spadafore S, Oberle L, Spittler J, Khodaee M. Epidemiology of shoulder dislocation treated at emergency departments in the United States between 1997 and 2021. *Orthop J Sports Med.* 2024; 12 (3): 23259671241234930. doi: 10.1177/23259671241234930.
2. Wright A, Ness B, Spontelli-Gisselman A, Gosselin D, Cleland J, Wassinger C. Risk factors associated with first time and recurrent shoulder instability: A systematic review. *Int J Sports Phys Ther.* 2024; 19 (5): 522-534. doi: 10.26603/001c.116278.
3. Chung H, Yoon YS, Shin JS, Shin JJ, Kim D. Chronic irreducible anterior dislocation of the shoulder without significant functional deficit. *Clin Orthop Surg.* 2016; 8 (3): 333-338. doi: 10.4055/cios.2016.8.3.333.
4. Verma NN, Sellards RA, Romeo AA. Arthroscopic reduction and repair of a locked posterior shoulder dislocation. *Arthroscopy.* 2006; 22 (11): 1252.e1-5. doi: 10.1016/j.arthro.2006.04.086.
5. Flatow EL, Miller SR, Neer CS 2nd. Chronic anterior dislocation of the shoulder. *J Shoulder Elbow Surg.* 1993; 2 (1): 2-10. doi: 10.1016/S1058-2746(09)80131-6.

Si desea consultar los datos complementarios de este artículo, favor de dirigirse a editorial.actamedica@saludangeles.mx