

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN
EN ORTOPEDIA**

***LUXACIÓN GLENOHUMERAL ERECTA BILATERAL:
REVISIÓN DE LA LITERATURA, Y REPORTE DE UN CASO
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE HOMBRO EN
NUESTRO MEDIO***

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTA

DR. JESUS MATEHUALA GARCIA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
ORTOPEDIA

DIRECTOR DE TESIS

DR JUAN LUIS TORRES MENDEZ

- 2007 -



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**LUXACIÓN GLENOHUMERAL ERECTA BILATERAL:
REVISION DE LA LITERATURA, Y REPORTE DE UN CASO
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE HOMBRO EN
NUESTRO MEDIO**

Autor: DR. JESUS MATEHUALA GARCIA

Vo. Bo.

DR. JORGE ARTURO AVIÑA VALENCIA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN ORTOPEDIA

Vo Bo

DR. ROBERTO SANCHEZ RUIZ

DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION

**LUXACIÓN GLENOHUMERAL ERECTA BILATERAL:
REVISION DE LA LITERATURA, Y REPORTE DE UN CASO
PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE HOMBRO EN
NUESTRO MEDIO**

Autor: DR. JESUS MATEHUALA GARCIA

COORDINADOR DE TESIS
DR: JUAN LUIS TORRES MENDEZ

JEFE DE SERVICIO CIRUGIA ARTICULAR
HOSPITAL GENERAL DE XOCO

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento especial a mi madre, Sra. Adela, el amor de mi vida, la cual supo orientarme de la manera más correcta, para lograr mis objetivos.

A mi padre, el cual aunque no estuvo conmigo físicamente, siempre me acompañó y me guiaba desde el cielo.

A mis hermanos, por haberme dado todo para mi superación personal y académica

A mi novia Dulce, por apoyarme en todo momento

Al personal médico y administrativo de los hospitales de la red por el apoyo brindado en mi formación como médico especialista la cual concluye con esta tesis.

INDICE

INFORME DE INVESTIGACION FINAL

PORTADA

TITULO

AUTORIZACION

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

INDICE

INTRODUCCION 1

PRESENTACION DE CASO 5

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 11

JUSTIFICACION 12

HIPOTESIS 13

OBJETIVOS 14

TAMAÑO DE LA MUESTRA 15

MATERIAL Y METODOS 16

RESULTADOS 17

DISCUSION 22

BIBLIOGRAFIA 25

RESUMEN

La patología traumática del hombro es una entidad sumamente frecuente en nuestros hospitales en la atención de urgencias, tal es el caso de las luxaciones glenohumorales anteriores, las cuales en cuanto a la prevalencia son las mas comunes, se conoce ampliamente el mecanismo de lesión, el tratamiento, las técnicas de reducción, la biomecánica de la inestabilidad residual y las múltiples técnicas quirúrgicas; el problema se distingue cuando nos enfrentamos a lesiones sumamente raras como en el caso de la luxatio erecta, la escasa información respecto a ella nos ocupa para el adecuado diagnostico y tratamiento inmediato, así como la detección oportuna de las lesiones asociadas que pueden comprometer la integridad no solo de la extremidad sino también de la vida del paciente.

Realizamos una revisión de la literatura y una investigación epidemiológica a través de un estudio transversal y retrospectivo en un periodo de 2 años a partir de los casos observados en el servicio de urgencias del hospital general Balbuena de la S.S.D.F., con la presentación de un caso el cual fue tratado en el servicio y mostró una evolución favorable. El propósito del presente estudio es el de ampliar los conocimientos de esta rara patología a partir de la revisión de la literatura y de la misma manera determinar cual es la incidencia real de la luxación glenohumeral erecta en nuestro medio en comparación con la casuística a nivel mundial, así como, determinar cuales son las complicaciones de la luxación traumática del hombro, y de esta manera correlacionar sin los métodos diagnósticos y terapéuticos son comparables con otros reportes, de esta forma realizar en una segunda intención un algoritmo terapéutico que sea aplicable en nuestras unidades de urgencias.

Palabras clave: luxación erecta bilateral, luxación de hombro

MARCO TEORICO

Se define como luxación a la pérdida de la relación de las superficies articulares, resultado en la mayoría de las ocasiones a consecuencia de un traumatismo, este tipo de lesiones en el ámbito ortopédico son consideradas como urgencias debido a las complicaciones agudas y crónicas subsiguientes a la lesión considerándose ocasionalmente que el resultado de ellas es inversamente proporcional al tiempo de reducción de la misma, sin embargo, la reducción inmediata no garantiza el resultado óptimo en un porcentaje elevado de los casos condicionado por la inestabilidad residual por lesiones directas a nivel de la glenoides o la cabeza humeral.

El complejo escapulohumeral tras su desarrollo evolutivo ha sufrido una serie de modificaciones que facilitarían la presión y las demandas en la postura ortógrada, favorecido esto a consecuencia de la gran amplitud de movimientos que esta articulación demanda, desafortunadamente dicha configuración sacrifica con esto la estabilidad otorgándola al sistema ligamentario que anatómicamente es ineficaz, a la versión de la glena y la cabeza humeral, al balance muscular, al arco glenoideo efectivo, y la estabilidad en reposo por la adhesión-cohesión y la ventosa glenohumeral. Dicha inestabilidad condiciona que la articulación glenohumeral sea la más propensa a presentar luxaciones, superando más de la mitad de los casos de luxaciones traumáticas agudas de las articulaciones de la economía, así como la alta recidiva tras el primer evento.

Históricamente se tienen referencias escritas de la luxación glenohumeral en el papiro de Edwing Smith 2500 a.c. en donde se ilustra de manera empírica el tratamiento de una luxación de hombro, posteriormente 2000 años después describe de manera mas precisa la patología y el tratamiento, Middledorpf y Scharm en 1859 pioneros ^(1,2,3,4,5) refiere la presentación de una variante inferior, mas adelante 1921 Lynn lleva a cabo una revisión de 34 casos, de la misma manera Rocca y Ramos-Vertiz en 1962 realizan una revisión de 50 casos en la literatura mundial ^(5,6,7,8,9,10) . Laskin y Sedlin reportan el caso de una luxatio

erecta en un paciente pediátrico, y en 1962 Nobel reporta un caso luxación inferior subglenoidea en la cual el olécranon se encontraba a 3.5 cm. en relación al acromion. Desafortunadamente la información recabada desde entonces es sumamente precaria a pesar de la elevada y creciente incidencia de la misma, Kazar y Relovszky en una revisión epidemiológica a nivel mundial refieren que la luxación de hombro es la mas frecuente de las articulaciones de la economía aproximadamente en un 45% de las cuales mas del 95% de los casos de luxaciones anteriores con variedad subcoracoidea, del 2% al 4% son posteriores y tan solo 0.5% de las luxaciones erectas ^(1, 2,5,8,11,13).

La luxación erecta bilateral es una lesión rara, reportándose alrededor de 100 casos de los cuales tan solo 8 son bilaterales en la literatura hasta 1985, siendo el primero en describirla Murard ⁽¹⁶⁾, presenta dos tipos de mecanismo de lesión, el indirecto^(7,8,9), es él más común una forma de hiperabducción extremadamente rápida y violenta abduce el humero, eleva su parte diafisaria encima del acromion con el antebrazo en pronación que al llegar a los 90º la tuberosidad mayor entra en contacto con el borde de la glenoides o con el acromion los cuales actúan como fulcro ocasionando un deslizamiento de la cabeza humeral en la región de la fosa glenoidea donde permanece bloqueada por el deltoides, como en el caso que presentamos el paciente tras un mecanismo de defensa trata de sostenerse con ambos brazos presentando una insuficiencia de la articulación condicionando la ruptura de la capsula con subsecuente luxación, de igual manera se condiciona una lesión del manguito de los rotadores y se rompen los ligamentos glenohumeral medio e inferior en el margen inferior de la cápsula. El mecanismo directo mas frecuentemente asociado a eventos de alta energía se desarrolla en una forma axial a través del brazo en abducción, codo extendido y antebrazo pronado ^(11, 12,13, 14, 15). La cabeza humeral se dirige por abajo a través de los ligamentos glenohumerales inferiores y la cápsula articular frecuentemente asociada con lesión del mango de los rotadores, avulsión del pectoral mayor o fractura del troquiter ^(16, 17, 18, 19, 20), y ocasionalmente lesiones de la arteria axilar y del plexo braquial 3.3% Rowe en 1956 en una revisión de 500 luxaciones reporta un caso de lesión vascular, Rubinstein en 1981^(1,9,14,18,19) reporta dos casos de lesión de la arteria circunfleja con subsecuente desarrollo de trombos los cuales ameritaron resección arterial ^(17,18) e injerto venoso, cursa

con un potencial de exposición de los cuales se han reportado tan solo dos casos a la fecha o fractura asociada de forma aguda, o en posibles complicaciones a largo plazo como la capsulitis adhesiva y las luxaciones recurrentes, también se han citado los caso de luxatio erecta tras episodios convulsivos ⁽¹⁸⁾.

La luxatio erecta puede presentar variedades dependiendo la localización anatómica de la cabeza humeral posterior al trauma, a saber; subcoracoidea, posterior, anterior o subglenoidea. Afecta a cualquier grupo atareó, presentando dos picos uno de los 15 a los 30 años y de los 50-70 años, sin predisposición a razas ni sexo ^(9,13, 16, 17)

Clínicamente el paciente a su ingreso percata la clásica posición de saludo con un bloqueo en abducción a 110-160° y flexión a 45-60° con la mano por arriba de la cabeza, en los casos bilaterales no se ha reportado una lesión similar en ambas articulaciones, el caso que presentamos muestra una luxación con variedad subcoracoidea y otra subglenoidea cuando es unilateral el paciente sostiene la extremidad lesionada con la otra mano para disminuir el dolor el cual es sumamente intenso, tras la exploración puede identificarse a nivel de la axila y región superolateral de la caja torácica una tumoración indicativa de que la cabeza humeral se encuentra protuyendo por tal motivo es imperativa la exploración neurovascular^(4,5,16).

Complementariamente la serie traumática radiológica de hombro puede realizarse, anteroposterior de hombro, anteroposterior verdadera, axilar y transtorácica, aunque tan solo la AP es adecuada para él diagnostico y el tratamiento inmediato. Cabe recalcar la necesidad de búsqueda intencionada de fracturas asociadas que son frecuentes y pueden pasar inadvertidas por el dolor generalizado, posteriormente el uso de tomografía convencional y resonancia magnética nuclear para las pautas diagnosticas, terapéuticas y pronosticas de la entidad.

El tratamiento inmediato es indudable, la reducción cerrada bajo sedación o anestesia intraarticular, en nuestra experiencia nosotros preferimos reducción

bajo sedación con un inductor, tal es el caso del propofol a 1-2 mg/Kg. y una benzodiazepina como el midazolam a dosis de 0.07 mg/Kg. ambos por su inicio rápido, acción corta y alta confiabilidad. Una vez bajo los efectos deseados se realizan las maniobras de reducción con tracción-contratracción, y , disminución gradual de la abducción del hombro, tras lograrse el objetivo se mantiene la reducción con inmovilizador de hombro por 3 o 6 semanas, dependiendo las características generales del paciente, posteriormente la rehabilitación ya sea los indicados por el medico tratante y en caso de presentar algún tipo de evolución lenta el apoyo por el servicio de medicina física, encaminados sobre todo a ejercicios, isométricos, isotónicos e isocinéticos, y de manera primordial los ejercicios pendulares de Codman, así como la valoración clínica de acuerdo a la escala de la UCLA escala para determinar la evolución de nuestros pacientes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 58 años de edad, sin antecedentes de importancia, el cual ingresa al servicio de urgencias asistido por personal del escuadrón de rescate, tras presentar caída de 3 metros de altura sobre un andamio, el paciente trata de sostenerse con ambos brazos del borde, refiere la presencia de un chasquido en ambos hombros a lo cual se agrega dolor intenso e incapacidad para la movilidad.

A su ingreso se observa paciente con la clásica posición de saludo, con ambos brazos en abducción por arriba de la cabeza el derecho aproximadamente a 150° y el izquierdo 120° ambos con codo a 90° , limitación de los arcos de movilidad de ambos hombros por componente álgico.

Al examen físico el paciente se realiza exploración neurológica encontrándose integridad en la sensibilidad de, radial, cubital, mediano y axilar, así como pulsos radial y cubital, homocrotos, sincrónicos con latido cardiaco, no se encuentran lesiones importantes a nivel sistémico.

Se realiza estudio radiográfico de ambos hombros en proyección anteroposterior en donde se percata a nivel de ambas articulaciones glenohumerales incongruencia de la glenoides con la cabeza del humero presentándose esta última con desplazamiento caudal y dirección de la diafisis hacia cefálico.

Ingresa paciente a unidad de trauma y choque en donde se canaliza vía venosa, monitoreo cardiaco y ventilatorio, se administran 5 mg de midazolam y 100 mg de propofol, tras verificación de sedación, se realiza reducción de la luxación con tracción – distracción - aducción de forma simultánea, sin complicaciones, posteriormente se inmoviliza con vendaje tipo Désault. Se realiza control radiográfico el cual muestra resultado satisfactorio.

El paciente se mantiene en observación durante 4 hrs. y posteriormente es egresado del servicio de urgencias. Tras 3 semanas con inmovilizador de hombro se inicia terapia de rehabilitación, y a los 4 meses el paciente presenta todos los arcos de movilidad del hombro completos con 30 puntos de acuerdo a la escala de la UCLA.



Figura 1. Radiografía en proyección anteroposterior de hombro izquierdo en la cual se observa incongruencia de la articulación glenohumeral con variedad subcoracoidea



Figura. 2 en proyección anteroposterior de hombro derecho se percata la incongruencia de las superficies articulares glenohumerales en variedad inferior subglenoidea

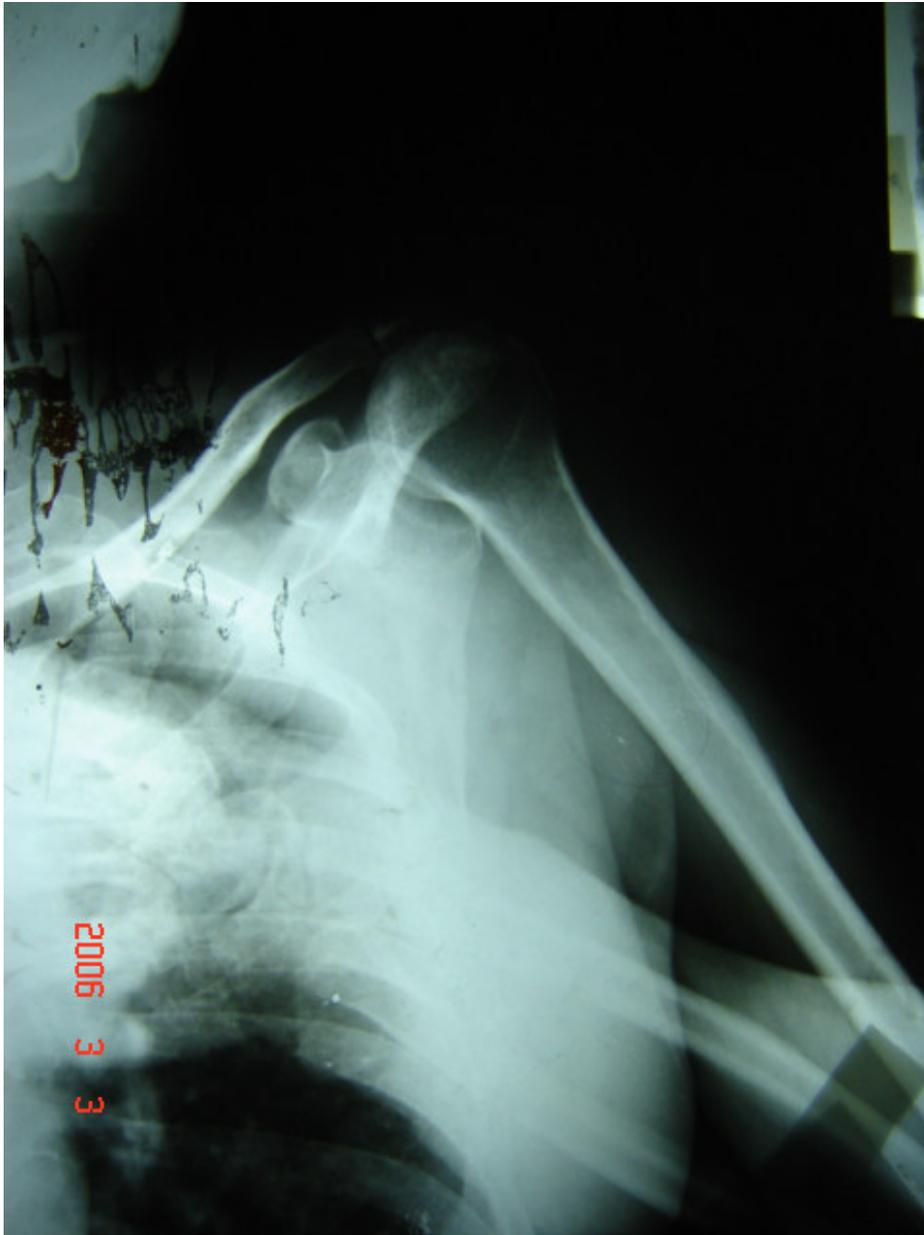


Figura. 3 en proyección anteroposterior de hombro izquierdo en la cual se observa la reducción de luxación glenohumeral



Figura. 4 en proyección anteroposterior de hombro derecho en la cual se observa la reducción de luxación glenohumeral

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuales son los métodos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos a nivel mundial de esta rara patología.

Cual es la incidencia real de la luxación glenohumeral erecta en nuestro medio, Son adecuados los métodos terapéuticos aplicados en nuestras unidades, las complicaciones de la luxación traumática de hombro en nuestro medio reflejan el panorama epidemiológico a nivel mundial

La medicina clínica aplicada en nuestro medio es la adecuada para determinar el pronóstico favorable de nuestros pacientes

JUSTIFICACION

La relación de los hallazgos clínicos, radiológicos, epidemiológicos, evolutivos, terapéuticos, no son aplicados en nuestro medio debido a la escasa información que no se encuentra en bibliografía de primera intención, esto es a consecuencia de la rareza de la patología; es por eso que decidimos realizar una investigación de los reportes realizados a nivel mundial así como un análisis de la literatura, comparándola con los casos de patología traumática de miembro torácico tratados en nuestras unidades de urgencias, Para de esta forma realizar un perfil epidemiológico y verificar si la atención que otorgamos es la adecuada para evitar las complicaciones que presenta la luxación erecta.

HIPOTESIS

El tratamiento medico de a la luxación traumática de hombro en nuestro medio es el adecuado para la adecuada evolución de los pacientes.

La luxación erecta de hombro es una patología rara y mas aun cuando es de forma bilateral.

El tratamiento inmediato de la luxación glenohumeral erecta bilateral favorece a un mejor pronóstico.

La casuística de la luxación erecta a nivel mundial es semejante a la que se presenta en nuestro medio.

Es suficiente la valoración clínica y radiológica para el diagnostico y tratamiento de esta patología.

OBJETIVOS

Comprobar el panorama epidemiológico de la luxación erecta en las luxaciones traumáticas de hombro, así como los métodos terapéuticos, anatomopatológicos, evolutivos, y complicaciones de esta rara patología para aplicar un algoritmo de manejo uniforme en nuestro medio hospitalario y de urgencias.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza un estudio transversal, prospectivo, observacional de tipo finito en el cual se incluyen pacientes de ambos sexos sin discriminación de edades con diagnóstico de patología traumática de miembro torácico, captados en el servicio de urgencias del hospital general Balbuena S.S.D.F. valorados por el servicio de ortopedia a partir de enero del 2004 a mayo de 2006, excluyendo a todos aquellos pacientes con otra patología asociada o politraumatizados basados en hojas de atención de urgencias y el expediente clínico para su seguimiento a partir de los datos obtenidos se realizó un análisis estadístico referente a la incidencia, prevalencia, y porcentaje de presentación de las lesiones mas frecuentes del miembro torácico orientado a las luxaciones glenohumerales en sus diferentes variedades, basados principalmente en escalas de lado afectado, edad y sexo de todas las lesiones de miembro torácico y posteriormente agrupadas en frecuencia de acuerdo a su mayor incidencia de presentación.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó una revisión de los expedientes de todos los ingresos de patología traumática de miembro torácico de ambos sexos y sin discriminación de edades valorados por el servicio de ortopedia, en el área de urgencias del Hospital General Balbuena de la S.S.D.F., en el periodo comprendido de enero del 2004 a mayo del 2006, a partir de los datos obtenidos se realizó un análisis estadístico referente a la incidencia, prevalencia, de las lesiones mas frecuentes del miembro torácico orientado a las luxaciones glenohumerales en sus diferentes variedades.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Pacientes con diagnostico de luxación glenohumeral variedad anterior

Pacientes con diagnostico de luxación erecta

Pacientes con diagnostico de fractura de huesos de miembro torácico

Pacientes con luxaciones de miembro torácico

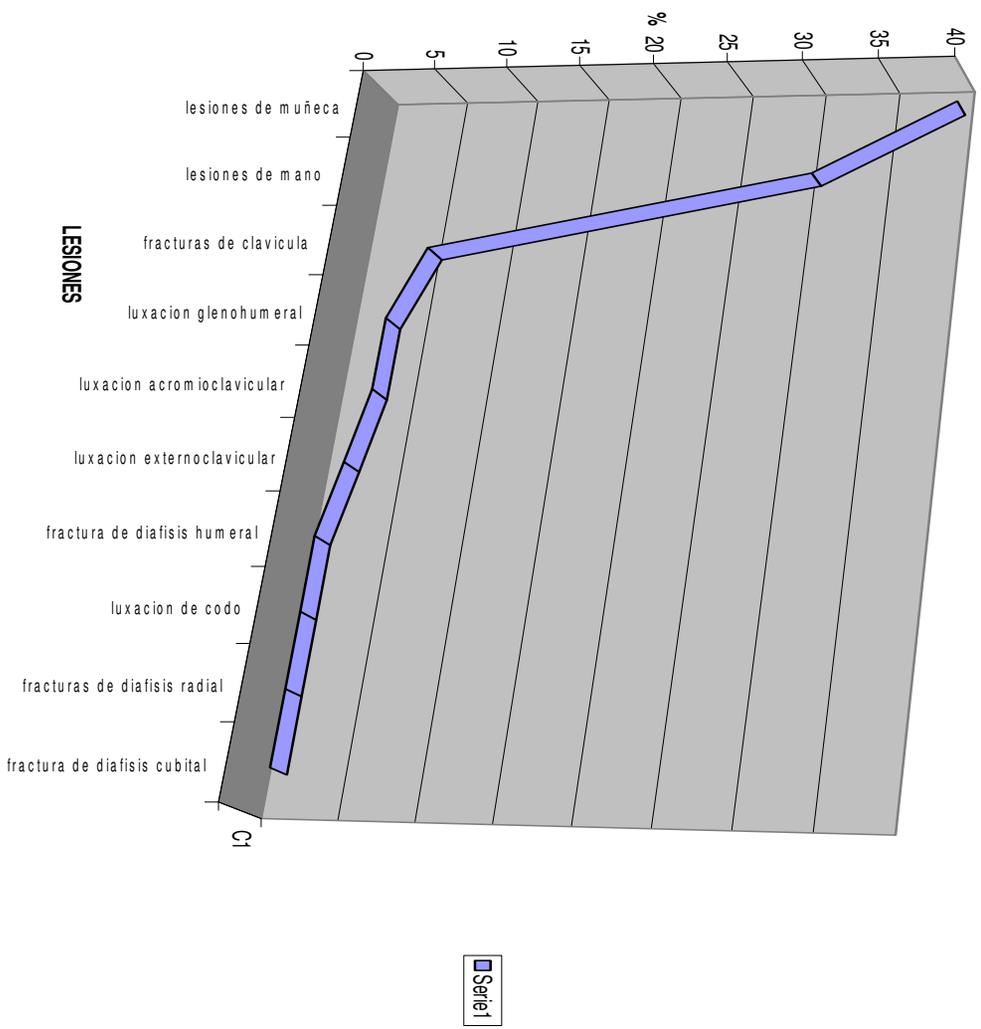
RESULTADOS

En el periodo comprendido de enero del 2004 a mayo del 2006 se atendieron en el Hospital General Balbuena un total de 128,658 urgencias generales de las cuales el 57.94% correspondieron a patología traumática a nivel sistémico, lesiones comunes presentadas desde contusiones simples hasta pacientes con politrauma, se encuentra una diferencia entre sexos de 4.94% superior en el sexo masculino. Específicamente referente a la patología traumática de miembro torácico el universo reporto un total de 8919 casos de los cuales 388 (4.35%) correspondían a luxaciones de la articulación glenohumeral en sus diferentes variedades siendo la cuarta causa de atención mas frecuente después de las lesiones de muñeca, mano, y fracturas de clavícula en orden de presentación, pero el primer lugar en luxaciones traumáticas del miembro torácico. Del total luxaciones glenohumorales se reporto una variedad inferior (luxatio erecta) bilateral correspondiente al 0.51% de todas las variedades, ninguna de las luxaciones amerito reducción abierta y en la mayoría de las ocasiones no se utilizo algún método de analgesia para su tratamiento, se presentaron pacientes con edades que van desde los 16 hasta los 88 años observándose una mediana de 35 años, una moda de 22 con un promedio de edad de 39.36 años referente, al sexo se obtuvo un total de 165 (43%) casos del sexo femenino y 223 (57%) correspondientes al masculino con una relación de 1: 1.3, con un mayor predominio del lado derecho con 222 casos y 166 izquierdos. Se observaron complicaciones como las reportadas en la literatura, lesión del manguito de los rotadores en 2.8%, fracturas asociadas 1.3%, luxaciones habituales cercanas al 3.3% y neuropraxia del circunflejo en 0.76%, de todos los casos.

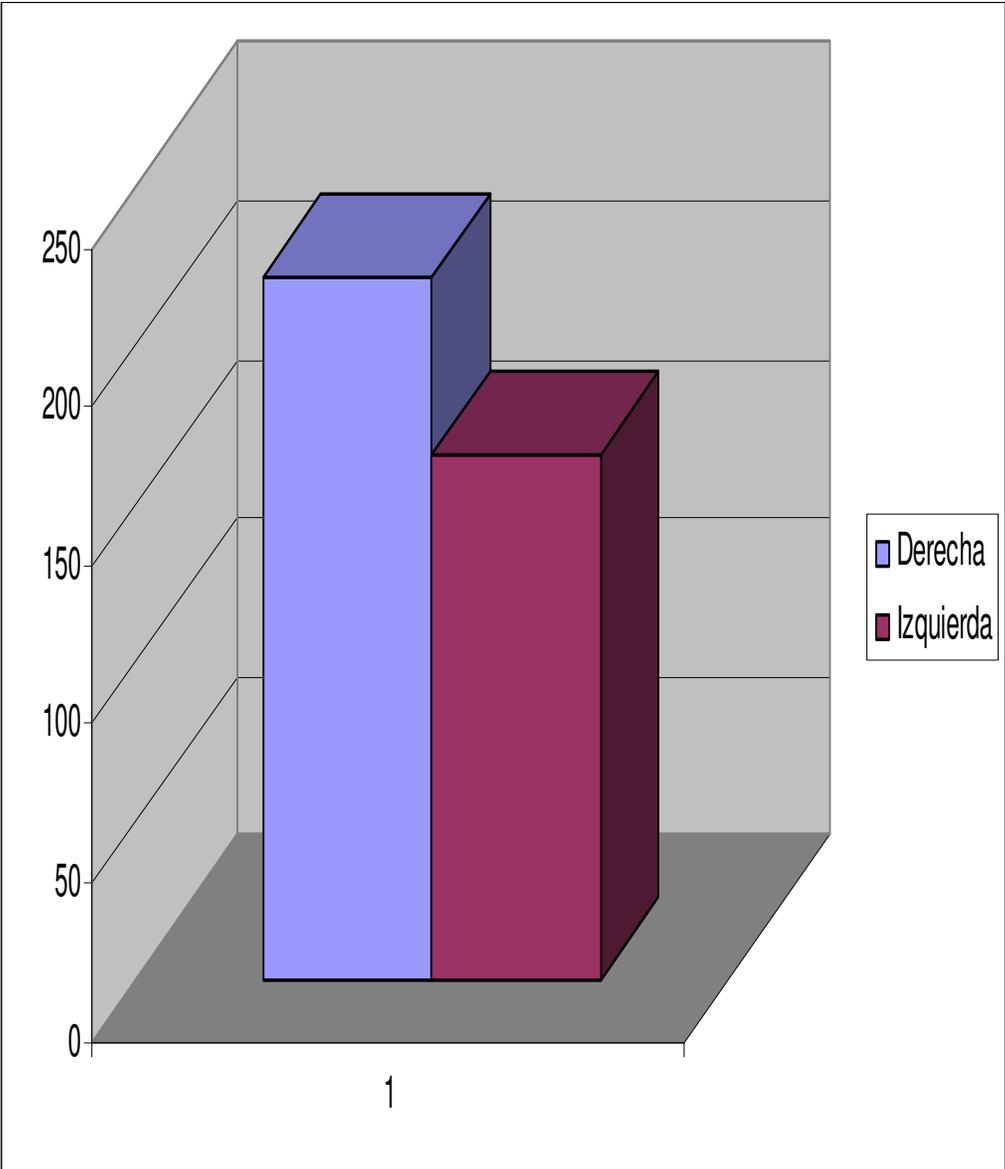
Distribución de lesiones de miembro torácico de acuerdo a frecuencia	
Lesiones de muñeca	40.6%
Lesiones de mano	31.7%
Fracturas de clavícula	5.6%
Luxación glenohumeral	4.3%
Luxación acromioclavicular	4.1%
Luxación esternoclavicular	3.0%
Fractura de diafisis del humero	2.9%
Luxación de codo	2.9%
Fractura de diafisis de radio	2.5%
Fractura de diafisis de cubito	2.4%

Tabla 1, concentrado del porcentaje de lesiones atendidas de miembro torácico en el servicio de urgencias en el Hospital General Balbuena, S.S.D.F., por el servicio de Ortopedia.

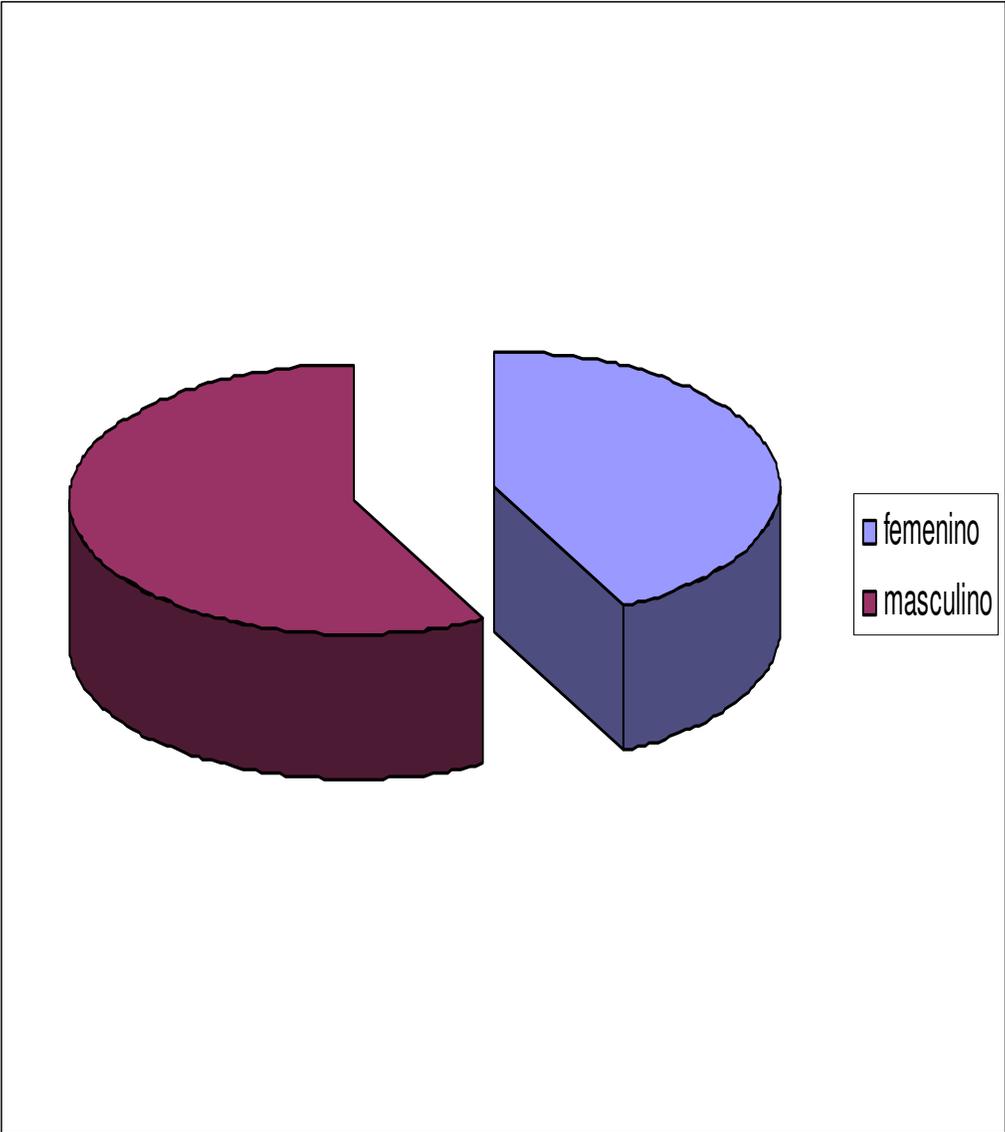
LESIONES FRECUENTES DE MIEMBRO SUPERIOR HOSPITAL GENERAL BALBUENA



Gráfica 1. Representación esquemática de la patología de miembro torácico



Grafica 1. Representación esquemática que nos muestra el lado afectado



Grafica 1. Representación esquemática en relación al sexo

CONCLUSIONES

Las luxaciones de cualquier articulación de la economía son una de las 5 urgencias ortopédicas, de tal forma que el tratamiento inmediato es inminente para evitar las complicaciones, en el caso de las luxaciones glenohumerales el mayor temor en fase aguda son las lesiones neurológicas o vasculares y en tanto que las crónicas la inestabilidad residual, condicionadas principalmente lesiones de Bankart o Hill Sachs que condicionan una frecuencia importante de incapacidad en los pacientes jóvenes.

La articulación glenohumeral morfológicamente de gran amplitud de movimientos es inherentemente inestable, y los componentes estáticos, dinámicos en un componente armónico mantienen a la cabeza humeral dentro de la cavidad glenoidea, cuando alguno de estos fracasa por primera vez la posibilidad de luxaciones habituales es alta.

Las investigaciones epidemiológicas también reportan las complicaciones agudas en presentaciones de casos, desafortunadamente la información es escasa debido a la rareza de la presentación de esta patología tan solo en un 0.5% de las luxaciones glenohumerales, esta misma relación fue confirmada en nuestra muestra, las luxaciones bilaterales ya sea anteriores o posteriores en cualquier variedad pueden asociarse comúnmente a crisis convulsivas, pero su rareza es extrema.

Los mecanismos de lesión que encontramos reportados, pueden ser indirectos, más importantes por la frecuencia, en la cual el humero presenta una palanca con el acromion tras la hiperabducción lo cual provoca la luxación. Por otro lado en los eventos de alta energía, el mecanismo directo es el más frecuentemente, en los cuales la lesión aislada es rara, ya que se asocia a otras lesiones, principalmente torácicas, las cuales comprometen la vida del paciente. Encontramos que tales mecanismos presenta la misma incidencia de lesión del manguito de los rotadores, lesión vascular, lesión neurológica así como el inminente potencial de exposición.

Los reportes refieren que es de gran importancia la realización de una serie radiográfica traumática del hombro, así como resonancia magnética nuclear, tomografía o ultrasonido, aunque cabe resaltar que la clásica posición de saludo puede inferir el diagnóstico y que una proyección anteroposterior de hombro es suficiente para corroborar y realizar de manera precoz una reducción.

La patología traumática de miembro torácico es sumamente frecuente, por ende debemos enfocar nuestro interés en esta, ya que la mayor incidencia de lesiones que este universo representa en pacientes productivos, como nosotros encontramos; nos obliga a la necesidad de contar con adecuados métodos diagnósticos y terapéuticos para cada entidad nosológica, así como una apropiada rehabilitación, para prevenir las complicaciones tardías; es por eso que patologías sumamente raras como la luxación erecta ameritan especial atención por el especialista, para evitar las complicaciones agudas, las cuales si no se diagnostican de forma precoz, pueden resultar en un pronóstico desfavorable para el paciente, de tal forma que a pesar de representar el 0.51% de prevalencia, no es un indicativo, para no ahondar en el conocimiento de la perspectiva tan amplia que esta representa, y de esta manera impulsar a realizar más investigaciones sobre las patologías que pueden considerarse misceláneas y de esta manera realizar planes terapéuticos y protocolizar no solo el tratamiento inmediato sino también la rehabilitación del paciente para integrarlo nuevamente a sus actividades habituales.

Tras la observación de la evolución del paciente, se llega a la conclusión que un tratamiento oportuno y adecuado de la patología tratada, son la piedra angular. Como se observó en la revisión de la literatura debemos de hacer hincapié en la adecuada exploración física ya que esta es parte crucial en el diagnóstico tanto de la entidad per se así como por las complicaciones que pueden esperarse. El factor pronóstico de la incapacidad residual implica además de un buen tratamiento, un intenso programa de rehabilitación. Tras más de 1 año de observación el paciente actualmente incorporado a sus actividades cotidianas no presenta sintomatología agregada; cabe esperarse que el médico de primera intención se encuentre capacitado para realizar las pautas

diagnosticas y terapéuticas precisas para brindar una mejor y adecuada atención de esta y otras raras presentaciones de patologías que en otras condiciones son sumamente frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Davids, J.R. Talbott, R.D.: Luxatio erecta humeri. A case report. Clin Orthop 252: 144, 1990.
2. Downey, E.F., Curtis, D.J. Brower, A.C.: Unusual dislocations of the shoulder. ARJ 140: 1207, 1983.
3. Falkner, E.A.: Luxatio erecta of the shoulder joint. Med J Aust 16: 227, 1916.
4. Fery, A. Sommelet, J.: Erect dislocation of the shoulder. General review of 10 cases. Int Orthop 11: 95, 1987.
5. Kumar, Pillay, Hands up, a case of bilateral inferior shoulder dislocation, emerg med 2001, 18, 404-405
6. Freundlich, B.D.: Luxatio erecta. J Trauma 23: 434, 1983.
7. Gardham, J.R. Scott, J.E.: Axillary artery occlusion with erect dislocation of the shoulder. Injury 11: 155, 1979.
8. Matsumoto, et al, luxatio erecta: report case, injury extra, 2005, 36, 450-453
9. Laskin, R.S. Sedlin, E.D.: Luxatio erecta in infancy. Clin Orthop 80: 126, 1971.
10. Lev-El, A., Adar, R. Rubinstein, Z.: Axillary artery injury in erect dislocation of the shoulder. J Trauma 21: 323, 1981.
11. Lynn, F.S.: Erect dislocation of the shoulder. Surg Gynecol Obstet 39: 51, 1921.
12. Middledorpf, M. Schram, B.: De nova humeri luxationis specie. Clinique Europeenne 2: 12, 1859.
13. Golstein, Wesley, Locked anterior-inferior shoulder subluxation presenting as luxatio erecta, journal emergency medicine 2004, 27, 245-248
14. Naess, P.A.: Luxatio erecta. En unvanlig skulder luksasjon. Tidsskr Nor Laegeforen 111: 1113, 1991.
15. Rocca, L.A. Ramos-Vertiz, J.R.: Luxacion erecta récidivante de l'épaule. Greffe Postérieure Bordeaux Chir 1: 61, 1946.
16. Rockwood Jr., C.A. Green, D.P.: Fractures in adults, Philadelphia, J.B. Lippincott, 1985, Vol. 1, p. 856.

17. Gardham, Scott: axillary artery occlusion with erect dislocation of de shoulder, the British of Accident surgery 11: 155-158
18. Wang, K.C., Hsu, K.Y. Shih, C.H.: Brachial plexus injury with erect dislocation of the shoulder. Orthop Rev 21: 1345, 1992
19. Elsayed, Hussein et al, bilateral luxatio erecta humeri, injury extra 2005 36 447-449
20. Tsuchida, Yang, luxatio erecta bilateral shoulders, journal shoulderand elbow surgery, 2001, 10, 595-597

