

## Luxación glenohumeral posterior asociada a luxación acromioclavicular grado III

### Posterior glenohumeral dislocation associated with grade III acromioclavicular dislocation

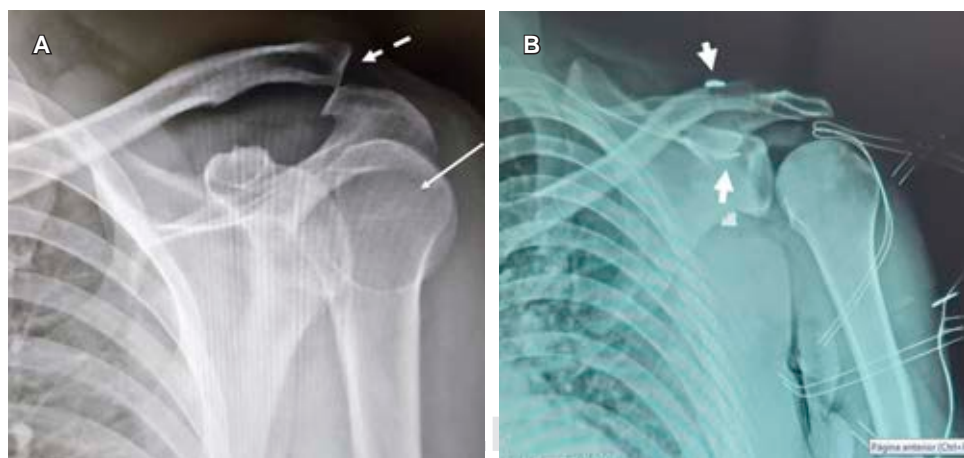
Luis Gerardo Domínguez Gasca,\* Luis Gerardo Domínguez Carrillo<sup>‡</sup>

**Citar como:** Domínguez GLG, Domínguez CLG. Luxación glenohumeral posterior asociada a luxación acromioclavicular grado III. Acta Med GA. 2022; 20 (2): 201-202. <https://dx.doi.org/10.35366/104288>

Masculino de 39 años de edad, profesionista, sin antecedentes de importancia, quien presentó 30 minutos antes de su llegada a urgencias, percance de bicicleta, que golpeó el hombro izquierdo contra el piso, presentando dolor intenso e imposibilidad para la función de hombro izquierdo. A la exploración dirigida se observó equimosis y aumento de volumen en área acromioclavicular, con signo de “tecla de piano”, hombro izquierdo en rotación interna y aducción fija y dolorosa, siendo palpable por prominencia la apófisis coracoides, resto de arcos de movilidad en codo, carpo y mano normales, sensibilidad y llenado capilar de extremidad superior izquierda normales. Con el diagnóstico de luxación de articulaciones acromioclavicular tipo III de

Rockwood y luxación glenohumeral posterior se efectuó radiografía anteroposterior de hombro, confirmando ambas lesiones (*Figura 1A*). Bajo anestesia general se procedió a: 1) reducción de la luxación glenohumeral, 2) reducción de articulación acromioclavicular y colocación de sistema TightRope<sup>®</sup> y reconstrucción con anclas todo sutura de ligamentos anterior, posterior y superior (*Figura 1B*). Se indicó cabestrillo por tres semanas e inicio de rehabilitación.

La luxación posterior de la articulación glenohumeral es infrecuente, representa menos de 4% de todas las luxaciones de hombro, con predominio franco en el género masculino; en los servicios de emergencia no se detecta durante el examen primario en 60 a 79% de los casos por



**Figura 1:**

Radiografía anteroposterior de hombro izquierdo que muestra: en **A**) luxación acromioclavicular tipo III de clasificación de Rockwood (flecha punteada) y signo de la “bombilla” confirmando luxación escapulohumeral (flecha blanca); en **B**) radiografía transoperatoria de hombro izquierdo con reducción de luxación escapulohumeral y sistema TightRope<sup>®</sup> que mantiene articulación acromioclavicular reducida.

\* Ortopedista. Cirugía articular. División de Cirugía del Hospital Angeles León. León, Guanajuato, México.

<sup>‡</sup> Especialista en Medicina de Rehabilitación. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato, México.

**Correspondencia:** Dr. Luis Gerardo Domínguez Gasca  
Correo electrónico: luisdom88@hotmail.com.

Aceptado: 29-09-2020.



inadecuada exploración o mala interpretación radiológica. En cuanto a su etiología, ésta es principalmente de origen traumático, habiéndose reportado con frecuencia como consecuencia de crisis convulsivas y en ocasiones, accidentes por descargas eléctricas. Al ser infradiagnosticada en etapa aguda pasa a ser, en gran proporción de pacientes, una lesión inveterada.

La luxación acromioclavicular representa 8% de todas las luxaciones; la mayoría de estas lesiones se presentan en el género masculino con una relación 5-8:1, siendo la práctica deportiva la principal asociación. Respecto al tratamiento, el estudio de Smith y colaboradores sobre el manejo quirúrgico o conservador en las luxaciones

AC tipo III, (como en el caso presentado) indica que la cirugía tiene mejores resultados cosméticos, pero mayor duración de incapacidad para regresar al trabajo en comparación con el tratamiento no quirúrgico. Sin embargo, no hay diferencia en cuanto a fuerza, dolor, capacidad de lanzar con el hombro y la incidencia de osteoartrosis en ambos grupos. Korsten y colaboradores indican que la función del hombro tanto objetiva como subjetiva fue mejor en quienes recibieron tratamiento quirúrgico, especialmente en adultos jóvenes, aunque el rango de complicaciones y anomalías radiográficas es mayor, por lo que aún existe controversia en el manejo óptimo de estas lesiones.

[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)