

Luxación de hombro: Presentación de un caso (de 1891)

Dr. Diego Rosselli*, Dr. Alberto Rojas**

* Médico neurólogo. Profesor del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

** Residente de Ortopedia, Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

Correspondencia:

Dr. Diego Rosselli

Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Carrera 7 No. 40-62, Hospital San Ignacio, 2 piso, Bogotá, Colombia.

Tel. (571) 3208320 Ext. 2808

diego.rosselli@gmail.com

Fecha de recepción: 27 de febrero de 2012

Fecha de aprobación: 21 de junio de 2012

Resumen

Este artículo describe el caso de un agricultor de finales del siglo XIX que sufrió una luxación del hombro derecho al caer de un caballo en cercanías de la recién fundada ciudad de Pereira. El médico tratante, Jaime Mejía, quien conoció al paciente dos meses después de la lesión, dejó consignada la técnica empleada para reducir la luxación, empleando anestesia con cloroformo.

Palabras clave: Historia de la medicina, luxación de hombro, caídas.

[*Rev Col Or Tra* 2012; 26(3): 216-19]

Abstract

This paper presents the case of a XIX century farmer who suffered a dislocation of his right shoulder after falling off a horse, near the recently founded city of Pereira, Colombia. The physician in charge, Jaime Mejía, who knew the patient two months after the accident, wrote a description of the technique he used to reduce the dislocation using chloroform as an anesthetic.

Key words: History of medicine, shoulder dislocation, accidental falls.

[*Rev Col Or Tra* 2012; 26(3): 216-19]

La ciudad de Pereira no había cumplido aún los 30 años cuando, en 1891, llegó para establecerse el médico Jaime Mejía. Mejía había nacido en Salamina en 1861, había iniciado sus estudios médicos en la Universidad de Antioquia, pero había terminado su carrera en Bogotá. Al morir, a los 92 años, Mejía dejó muchos escritos, algunos de los cuales fueron recogidos en el libro *Historias médicas*, que publicó Editorial Bedout en Medellín en 1960. Entre sus muchos relatos, se destaca la descripción detallada del diagnóstico y el tratamiento de una luxación de hombro. Estas son sus palabras:

A los pocos días de estrenar consultorio [...] se me presentaron los señores Marulandas, don Valeriano y don Francisco, a suplicarme que fuera con ellos a Combia, a ver a un amigo y administrador de sus tierras, don Canuto Mejía, que estaba enfermo hacía más de dos meses, víctima del accidente más común en la región: grave caída de un caballo. El caso era que don Canuto no quería que le llevaran médico, pues era atendido por don Bartolo, que era como si dijéramos el Hans Koenig de la ortopedia de estos contornos. Pero, como a juicio de los señores Marulandas el enfermo no mejoraba y era indispensable su trabajo, querían mi opinión para tomar ellos una determinación.

Llegados a la casa de campo me condujeron a la pieza del enfermo [...]. Al frente del paciente se entabló el siguiente diálogo o duelo verbal:

–Don Canuto, le dije yo, por petición especial de estos señores vengo a verlo, a pesar de que sé que usted no quiere mis servicios profesionales. Yo no pretendo hacerle nada, sólo quiero hacerle un examen visual para decirles a ellos mi opinión.

–Yo, señor, no necesito atención de médicos graduados que no tienen experiencia en estas cosas. Sin embargo, para darles gusto a mis patrones, le cuento que lo que tuve fue una descompostura del hombro derecho, con sangre machucada, que me arregló el mejor componedor de aquí, don Bartolo, a quien tengo mucha fe. Y si sigo en cama es por indicación de él, para seguir la segunda parte del tratamiento de aplicación de cataplasmas de linaza para la hinchazón y para la sangre machucada. Él me garantiza la curación dentro de un mes.

–Muy bien, señor, déjeme ver el estado de su hombro para convencerme del éxito de su curación.

–Se lo muestro, pero no me toque, porque se vuelve a descomponer, y entonces don Bartolo no responde por la curación.

Hice que se sentara y le quitaran la camisa, y al ver la flacura del hombro derecho, comparada con el izquierdo, vi claramente que estaba luxado. Necesitaba ahora clasificar la luxación para poder hablar, porque si se trataba de una intracoracoidea, abandonaría el paciente a su suerte, pues yo sabía por triste experiencia de mi profesor Noguera¹ que esas formas de luxación, cuando se dejan transcurrir más de dos meses sin corrección, eran incorregibles. Necesitaba, pues, tocarlo para conocer la posición, y orienté la conversación hacia ese tema.

–Muy bien, don Canuto, mueva un poco su brazo para ver el éxito de la curación.

–Claro, señor, mire lo bien que lo muevo.

Dijo, y movió el antebrazo con toda rapidez, pero el brazo quedaba como adherido al tórax. En vista de esto, le solté la frase maestra para estas ocasiones:

–Ahora déjeme pasar la mano bajo el brazo hasta la axila, si lo puedo hacer es claro que está descompuesto, y entonces no lo molestamos más.

–Pruebe, pero con mañita, para que no se vaya a descomponer.

Llevé suavemente mi mano hasta la axila y la encontré llena. Con esto quedé convencido de que la luxación en ningún momento había quedado reducida, era de la variedad infracoracoidea y podía ser reducida a pesar de los dos meses transcurridos.

–Mire, don Canuto, su brazo sigue tan descompuesto como en el momento de la caída. Lo único que le ha hecho el componedor es disminuirle la hinchazón y, si le sigue el consejo de estar un mes más en la cama, sólo va a lograr que lo que todavía es arreglable le quede así toda la vida. Yo le ofrezco arreglar su hombro y si lo logro tendrá usted movimiento de todo el brazo inmediatamente, y no después de meses perdidos. Conque piénselo, y si se resuelve lo espero en el pueblo con los elementos para hacerlo.

1. Muy seguramente se refiere a Óscar Noguera, profesor de cirugía de la Universidad Nacional.

Pasados dos días se me comunicó que el pobre don Canuto, apurado por los Marulandas y por la inmovilidad de su brazo, se resolvió a correr el albur que yo le proponía y se hizo trasladar al poblado. Fui a su casa y convinimos en que al día siguiente por la mañana se verificaría la “componedura”, para lo cual tendría que estar en ayunas. Llegado el momento, conseguí con un mozo de los familiares que fuera el ayudante, y lo entrené en los movimientos que debía hacer.

Conseguí que se acostara el paciente en la cama más fuerte que tuviera, por los movimientos de esfuerzo que tendríamos que hacer los tres. Llevaba dos onzas de cloroformo y yo mismo se lo propiné. Cuando estaba bien dormido, tomé una sábana floja, le di dos vueltas al antebrazo y ordené que el ayudante y otro mozo tomaran el brazo, uno de la muñeca y otro de la sábana y, al mismo tiempo que halaban progresivamente más fuerte fueron levantando el miembro hasta ponerlo horizontal. En ese momento yo me quité los botines y me acosté a los pies del paciente, hacia el lado derecho. Llevé entonces el talón del pie derecho a la axila del enfermo y, después de ordenar que traccionaran con la mayor fuerza posible el eje del brazo, empujé la cabeza del húmero con un empujón continuado y, de pronto, se oyó el golpe de la llegada del hueso a la cavidad cotiloidea, su casa habitual. Todos oyeron el chasquido y yo di por terminada la sesión de fuerza. Tomé en seguida el codo del brazo y lo moví en todas direcciones, para aplicar en seguida el vendaje de Mayor y esperar el despertar de don Canuto.

Una vez restablecido del sueño clorofórmico le dije que podía levantarse al otro día y caminar por donde quisiera, con el vendaje puesto. El mismo paciente, por la sensación del hombro relleno que notó al tocarse con la mano izquierda, quedó convencido de la diferencia de procedimientos, y me dio las gracias. Al salir del lugar de mi primer triunfo sobre el empirismo alcancé a ver con el rabo del ojo el grupito formado en la calle por don Bartolo y sus admiradores que, seguramente, estarían esperando mi fracaso para desplumarme.

Algunos estudios muestran que entre 8 % y 13 % de todas las lesiones en atletas involucran al hombro (1, 2) y que la luxación de hombro representa más del 50 % de las luxaciones de las grandes articulaciones en el servicio de urgencias (3). Más del 90 % de estas luxaciones serán anteriores, mientras que la mayoría de las luxaciones gleno-humerales restantes serán posteriores (2, 3). La luxación inferior o

luxatio erecta es más rara, y se encuentra asociada a lesiones de los tejidos blandos o a fractura (2, 3).

Este paciente, al caerse del caballo, probablemente extendió y abdujo el brazo, facilitando que la fuerza traumática se dirigiera hacia adelante, generando la luxación gleno-humeral anterior. Históricamente, el referente anatómico usado por los médicos para determinar el tipo de luxación gleno-humeral que un paciente presentaba era la coracoides, y la descripción anatómica describía la posición de la cabeza humeral respecto a la coracoides. Los pacientes con luxación gleno-humeral anterior típicamente presentan una apariencia recta a nivel del hombro (signo de la charretera) debido a un acromion prominente y a que el brazo es sostenido en una abducción ligera (1, 2). Esto es lo que Mejía observa: “Y al ver la flacura del hombro derecho, comparada con el izquierdo, vi claramente que estaba luxado”.

Los estudios imaginológicos, que se realizan en el servicio de urgencias, confirman la luxación y documentan posibles fracturas asociadas (1, 2, 3). Algunos investigadores han cuestionado el valor de las radiografías de rutina, tanto en prerreducción como en posreducción, en los casos clínicamente obvios de luxación de hombro (4, 5). Las demoras en la reducción, a la espera de radiografías, pueden resultar en molestias persistentes para el paciente. El diagnóstico clínico realizado por un médico de urgencias experimentado tiene una certeza diagnóstica cercana al 100 % (4, 5). Este fue el caso de Mejía que, al evaluar visualmente la pérdida del contorno del hombro y al palpar la cabeza humeral, quedó convencido del tipo de luxación gleno-humeral que presentaba su paciente.

Hendey y colaboradores promueven la omisión de las radiografías prerreducción y posreducción en los pacientes con luxaciones recurrentes y un mecanismo atraumático (6). Sin embargo, la mayoría de los médicos de urgencias prefieren realizar los estudios radiográficos para evaluar la concurrencia de fracturas, ya que hasta el 25 % de las luxaciones gleno-humerales tendrán una fractura significativa asociada (7). El riesgo de generar una fractura iatrogénica durante la reducción es bajo (6, 7, 8).

Las luxaciones gleno-humerales pueden ser tratadas de forma segura con cualquier método de reducción cerrada. Estos van desde las técnicas clásicas de Hipócrates y

Kocher (9, 10) hasta las maniobras más recientes, como la de Snowbird (11) y la técnica de Spaso (12).

La maniobra que usó Mejía fue la que describió Hipócrates (460-377 A. C.). Las traducciones de sus múltiples trabajos muestran que describió muchas técnicas, todas basadas en la tracción del brazo lesionado, pero usando métodos diferentes de contra-tracción. La descripción involucra la colocación del brazo lesionado en abducción ligera, entonces se aplican fuerzas hacia abajo y aducción al brazo, mientras se realiza la contra-tracción. La forma de contra-tracción, que hoy se sigue utilizando, es en la que el médico planta su pie en la axila del paciente. El paciente yace en posición supina mientras que el médico aplica la fuerza necesaria para realizar la maniobra (10).

Las luxaciones gleno-humerales causan una gran molestia para el paciente, por lo tanto, un manejo adecuado del dolor es esencial para facilitar la reducción. Clásicamente, los médicos en los servicios de urgencias han usado analgésicos narcóticos o sedación intravenosa como premedicación para la reducción (2, 13, 14). Mejía usó cloroformo, obteniendo un adecuado estado de sedación, lo cual facilitó la reducción. Actualmente, sin embargo, son más evidentes los riesgos tanto de depresión respiratoria como de broncoaspiración que están implícitos en el uso de analgésicos narcóticos o sedación intravenosa; por lo tanto, se han desarrollado nuevas técnicas, tales como los anestésicos intraarticulares (13, 14), el bloqueo de interescalenos dirigido por ultrasonido (15, 16) e incluso el óxido nítrico (17).

El médico Jaime Mejía, a través de una evaluación física y haciendo uso de los recursos que tenía a su disposición, fue capaz de reducir una lesión que hubiera generado una alteración permanente en la calidad de vida de don Canuto, quien simplemente estaba a la espera de lo que la Providencia (más que don Bartolo y sus cataplasmas) hiciera por él.

Referencias bibliográficas

1. Daya M, Nakamura Y. Shoulder. En: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, editores. Rosen's emergency medicine. 7.a ed. Philadelphia: Mosby; 2009. p. 567-90.
2. Malik S, Chiampas G, Leonard H. Emergent evaluation of injuries to the shoulder, clavicle, and humerus. *Emerg Med Clin North Am* 2010; 28(4): 739-63.
3. Blake R, Hoffman J. Emergency department evaluation and treatment of the shoulder and humerus. *Emerg Med Clin North Am* 1999; 17(4): 859-76.
4. Hendey GW. Necessity of radiographs in the emergency department management of shoulder dislocations. *Ann Emerg Med* 2000; 36(2): 108-13.
5. Shuster M, Abu-Laban R, Boyd J. Prereduction radiographs in clinically evident anterior shoulder dislocation. *Am J Emerg Med* 1999; 17: 653-8.
6. Hendey GW, Chally MK, Stewart VB. Selective radiography in 100 patients with suspected shoulder dislocation. *J Emerg Med* 2006; 31(1): 23-8.
7. Emond M, Le Sage N, Lavoie A, Rochette L. Clinical factors predicting fractures associated with an anterior shoulder dislocation. *Acad Emerg Med* 2004; 11(8): 853-8.
8. Kahn JH, Mehta SD. The role of post-reduction radiographs after shoulder dislocation. *J Emerg Med* 2007; 33(2): 169-73.
9. Ufberg JW, Vilke GM, Chan TC, Harrigan RA. Anterior shoulder dislocations: beyond traction-countertraction. *J Emerg Med* 2004; 27(3): 301-6.
10. Mattick A, Wyatt JP. From Hippocrates to the Eskimo - a history of techniques used to reduce anterior dislocation of the shoulder. *J R Coll Surg Edinb* 2000; 45(5): 312-6.
11. Westin CD, Gill EA, Noyes ME, Hubbard M. Anterior shoulder dislocation. A simple and rapid method for reduction. *Am J Sports Med* 1995; 23(3): 369-71.
12. Yuen MC, Yap PG, Chan YT, Tung WK. An easy method to reduce anterior shoulder dislocation: the Spaso technique. *Emerg Med J* 2001; 18(5): 370-2.
13. Fitch RW, Kuhn JE. Intraarticular lidocaine versus intravenous procedural sedation with narcotics and benzodiazepines for reduction of the dislocated shoulder: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2008; 15(8): 703-8.
14. Miller SL, Cleeman E, Auerbach J, Flatow EL. Comparison of intra-articular lidocaine and intravenous sedation for reduction of shoulder dislocations: a randomized, prospective study. *J Bone Joint Surg Am* 2002; 84(12): 2135-9.
15. Underhill TJ, Wan A, Morrice M. Interscalene brachial plexus blocks in the management of shoulder dislocations. *Arch Emerg Med* 1989; 6: 199-204.
16. Blaivas M, Lyon M. Ultrasound-guided interscalene block for shoulder dislocation reduction in the ED. *Am J Emerg Med* 2006; 24(3): 293-6.
17. Gleeson AP, Graham CA, Meyer AD. Intra-articular lidocaine versus entonox for reduction of acute anterior shoulder dislocation. *Injury* 1999; 30(6): 403-5.